

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2019年8月23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5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)	鈴木 正子	総合	第0129号
	(2)	橋本 玲子	福祉医療保健	第0131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	よつばクローバー			
設置者名称	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園			
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)	2018年4月18日	～	2019年7月14日	
利用者調査実施時期	2018年12月21日	～	年 月 日	
訪問調査日	2019年6月27日			
評価合議日	2019年7月6日			
評価結果報告日	2019年8月23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 小樽四ツ葉学園

代表者氏名：理事長 紘野 喜一郎

所在地：〒047-0156 小樽市桜3丁目10番1号

TEL 0134-54-7404

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

高評価、低評価にかかわらず、第三者から見ての評価を受けたことは良い機会だと思いました。今後、前回より評価された点、低くなった点を精査し、利用者さんにとってより生活しやすいグループホーム、また職員もより働きやすくなるようサービス向上を目指していきたいと思ひます。

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

総評 よつばクローバー

<評価の高い点>

1、「緊急対応の空き室と世話人・夜勤員も含めた職員の支援姿勢」

グループホームでは、緊急対応用として空室を準備しています。緊急対応の例としては、在宅から通う日中活動の利用者家族の入院等があります。また、高齢で介護保険対象の利用者家族もあり、即日の対応が可能です。このため、サービスの情報提供には消極的でしたが、次回ホームページの更新時には、具体的なサービス内容を載せるよう検討されています。

毎月の「世話人ミーティング」では、利用者の日々の生活状況を報告して支援員とともに検討しています。この記録はホーム毎に作成され、サービス管理責任者が8つのホームの状況を把握しています。グループホーム利用者は、全員が法人内の生活介護事業所に在籍しているので、ホームでのアセスメントには、日中活動の職員とも協議して連携を取っています。ホームでは一人ひとりの利用者に応じた対応マニュアルが作成されて、安心と安全が確保できるように、世話人も夜勤員も含めた支援する職員の姿勢が保たれています。

2、「感染症対策と職員間の連携」

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に「感染症対策委員会」が法人内に設置されています。看護師が嘔吐物の処理方法もしながら、毎年度ノロウイルス等の研修を8つあるグループホームで実施、世話人・夜勤員も受講しています。

利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応としては、既往歴や服薬内容等が記録された健康調査票が、一年に一回更新され看護師が管理しています。服薬内容が変更になった場合はその毎に追記しています。また、個別支援計画には医療面の注意点が記載され周知されています。このように、感染症の発生や体調変化時の利用者に対して、職員が迅速に連携することで安全確保に努めています。

<更なる改善のために求められる点>

1、「第三者評価結果を活用して」

事業所は、定期的に第三者評価を受審しており今回で3回目です。グループホーム用の自己評価チェック表を用いて、ステップ1から2、3と進みホーム毎の改善を目指して北海道版の自己評価も行いました。

高齢になって介助が必要になった利用者へ介護技術を持った世話人の雇用があり、支援員も進んで学ぶ姿勢があります。ホーム・ミーティングはホームにより記録の残し方が一様ではありませんが、利用者支援で気が付いたことはその都度、解決するように努めています。長年の念願であった釣りに行くことができた利用者の破顔一笑した写真も拝見しました。

一方、第三者評価は、PDCA（計画・実行・評価・改善）サイクルにもとづく福祉サービ

スの質向上に向けた組織的な仕組みの評価です。平成 26 年に評価基準の全部改正があり、前回と今回では同じ評価基準項目であってもハードルが高くなっています。直接に評価基準項目に該当しない事柄でも、職員の創意工夫でサービスの質が保たれていることも窺えます。しかし、前回の改善を望む項目であった苦情の公表状況や「サービスガイドライン」の見直し等が行われないうまになっています。職員の日々の支援を支える全体的な質の底上げとなる対策が望まれます。

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： 平成 31 年 4 月 1 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園		
事業所名 (施設名)	よつばクローバー	事業 種別	共同生活介護
所在地	〒 047-0156 北海道小樽市桜2丁目15番26号		
電 話	0134-51-5670		
F A X	0134-51-5670		
E-mail	houjin.honbu@otaru-yotsuba.or.jp		
U R L	otaru-yotsuba.or.jp/		
施設長氏名	施設長 岩田 邦和		
調査対応ご担当者	南 勝信 (所属、職名：総務・サービス管理責任者)		
利用定員	32 名	開設年	平成 18 年 10 月 1 日
<p>理念・基本方針：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 施設利用者一人ひとりの人権を擁護します。 人権侵害を許さず、プライバシーを保護し、人としての権利を擁護します。 2. 施設利用者へ良質で適切な支援と援助をします。 利用者個人が豊かな生活を実感し、充実した人生を送れるようにします。 3. 地域生活を推進し、自立と社会参加をはかります。 ふつうの場所で、ふつうのくらしができるようすべての期間と連携し、地域福祉を推進する。 4. 法人の経営基盤の強化をはかります。 施設利用者に良質で安定的な福祉サービスを提供していくための足腰の強い社会福祉法人を構築する。 			
施設・事業所の特徴的な取組：			
第三者評価の受審回数 (前回の受審時期) 2 回 (平成24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】

【利用者の状況に関する事項】（平成 31年 4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
名	名	名	名	1名	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	1名	1名	2名	5名	18名
					合計
					29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	1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）	2名	名	名	1名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	2名	名	1名	1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
24名	5名	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	名
合計	名	名	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	1名	1名	1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
5名	6名	8名	1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	2名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
4名	名	名	名		

(平均利用期間： 8年3ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成31年 4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	世話人
常勤	11名	1名	名	1名	3名
非常勤	23(1)名	名	名	名	13名
	生活支援員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	6名	名	名	名	名
非常勤	10名	名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師(嘱託)	その他
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	(1)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	名 (名)
介護福祉士	2 名 (1 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（ホーム名：よつばクローバー）

(1) 建物面積	145.73 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	3年	
(4) 改築年	平成	13年	

○成人施設の場合（ホーム名：クローバー1）

(1) 建物面積	119.06 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	5年	
(4) 改築年	平成	14年	

○成人施設の場合（ホーム名：クローバー2）

(1) 建物面積	116.64 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	昭和	49年	
(4) 改築年	平成	12年	

○成人施設の場合（ホーム名：クローバー3）

(1) 建物面積	143.37 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	昭和	58年	
(4) 改築年	平成	28年	

○成人施設の場合（ホーム名：クローバー4）

(1) 建物面積	119.07 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	昭和	63年	
(4) 改築年	平成	22年	

○成人施設の場合（ホーム名：クローバー5）

(1) 建物面積	293.13 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	昭和	55年	
(4) 改築年	平成	15年	

○成人施設の場合（ホーム名：クローバー6）

(1) 建物面積	108.13 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	昭和	61年	
(4) 改築年	平成	22年	

○成人施設の場合（ホーム名：クローバー7）

(1) 建物面積	106.92 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	昭和	62年	
(4) 改築年	平成	22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 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	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。

月に1度、利用者ミーティングと世話人ミーティングを実施。利用者の意見の聞き取りを行っているが、自らその場で意見を言えない利用者に関しては世話人ミーティング時に世話人・夜勤者に話していたか確認し、日々の支援やおやつ購入、買い物、多目的外出等で話しやすい環境を作り、個別にて聞き取りを行っている。

【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 | 福祉サービスの基本方針と組織

1-1 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
1-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	1-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b ホームページ、要覧等に法人小樽四ツ葉学園を象徴する4つの基本理念を明示している。グループホームは、「クローバー1」から「クローバー7」と「よつばクローバー」の8棟があり、理念・基本方針等が居間に掲示されている。法人設立時の指針である「十訓」を若い職員にも伝えるように、理念と基本方針を再検討する意見もある。家族や地域への周知も含めて今後の再検討に期待したい。

1-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
1-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	1-2-(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。	b 施設長は第5期小樽市障害福祉計画策定委員を務め、小樽圏域の福祉動向を把握している。また、経営状況については税理士事務所と提携「T-BAST」を活用して分析している。グループホームも「65才問題」にかかる利用者が18名いる。グループホームは本体施設周辺の住宅街から一軒家を買って運営し、この数年でスプリンクラーを段階的に設置してきた。家屋の老朽化に加え、利用者高齢化対策のバリアフリーには限界があり、集約したホーム運営として新築を検討している。法人内に複数の事業所が同様の課題を抱えているため、具体的な時期の確定までにはなっていない。今後期待したい。
3	1-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b ホーム毎の比較検討までには至っていないが、電気・ガス・水道・灯油等の経費を把握して管理している。足元が不安定な利用者が入居しているホームには利用者と送迎する職員のために、冬季はロードヒーティングを稼働させている。「基本経営状態等方向性」において、法人の現状の姿からグループホームに限らない課題を導き出している。安全性・継続性・公益性から現状を強みと弱みに分けて、それぞれ課題を抽出している。今後は、グループホームの具体的な方向性を中期計画に遡上させるところまでを期待したい。

1-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
1-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
4	1-3-(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	「基本経営状態等の方向性」をベースにした「中長期計画書」は、整備関係を中心にして作成されている。グループホームの用途変更に伴う建物の防火対象壁改修工事として3ヶ年の予算が計上されている。「中長期計画書」は、施設整備予算計上が主となり、ソフト面のビジョンが希薄である。グループホームの単年度計画に反映できるように、質向上を目指すビジョンの掲載が期待される。
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。	b	年度の事業計画書とは別に「短期計画書」を作成して、法人内事業所のスケジュールと比較して進捗管理ができるようになっている。今後は、グループホームの計画目標を含め、中・長期計画と関連付けて実効性を高めることを期待する。
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。	b	計画の策定にあたり、各ホームに必要な物品や設備については、世話人・夜勤員も含めた支援員の意見をサービス管理責任者経由で取り入れている。例として、手すりや転倒時に利用者を保護する緩衝材は、設置数と位置を検討している。しかし、計画の参画や計画実施後の評価・見直しに関して、職員の意見が十分に汲み取られているかどうかの検証が不十分である。組織としての仕組みを見直すことが期待される。
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。	b	利用者の家族に対しては、懇談会・家族会等で事業計画について説明している。利用者に対しては、それぞれの障がい特性に応じ、理解しやすい方法を検討中であるとのことなので、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。	b	定期的に第三者評価を受審しており今回で3回目である。前回同様に、グループホーム用の自己評価チェック表を用いて、ホーム毎の改善を目指した。高齢となり介助が必要になった利用者が増加する中で、介護技術を持った世話人を雇用し、支援員も進んで学ぼうとしている。ホーム・ミーティングの記録は書式が統一されていないが、利用者支援で気が付いたことはその都度に解決するように努めている。これらの点がより活かされるためにも、本項目が第三者評価におけるPDCA（計画・実行・評価・改善）サイクルにもとづく福祉サービスの質向上に向けた組織的な仕組みとして、全体的な質の底上げとなる見直しを期待したい。
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	定期的に受審しているが、評価結果を活かした課題解決が計画的に行われていない。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。	b	管理者は、運営組織図に明示され、会議等でも役割・職責を表明している。ホーム毎の運営が安定しているため、施設長自らが定期的に訪問する機会は設けていない。物置のシャッターが空かないといった軽微な連絡でも駆け付け、意識して世話人等の話を傾聴する時間を取っている。ホーム毎に理念・基本方針の掲示はあるが、世話人・夜勤員も含めた若い職員に、「十訓」にある「法人のありよう」を管理者として伝えることにも期待したい。
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	管理者は、コンプライアンスについてセミナー等に参加、正しい理解に努め、グループホームに勤務する全職員に対して、法令順守に関して伝達している。コンプライアンスの徹底に向けた規定の整備や体制の構築をはかることについては、権利擁護の側面からも更なる充実が待たれる。
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。	b	管理者は、利用者の送迎や職員とともに利用者を支援することで、支援技術等を体得できるように指導している。その一方、世話人・夜勤員や若い職員への伝え方としては、福祉を言語化して伝える課題を自覚しているので今後期待したい。
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	管理者は、経営の改善のために人員配置等を含め、職員が働きやすい環境作りに専心している。グループホームの他に、日中は屋内外の活動班、入所施設内での生活介護班といった利用者と職員が複雑に交錯している中で、経営改善と業務の実効性について思案している。次回のホームページの更新には、家賃や光熱費等の掲載を検討している。今後の更なる指導力に期待したい。

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。	c	グループホームの人材確保には、ハローワークをはじめ勤務している職員の紹介等も活用して世話人・夜勤員を雇用し、パート勤務に留まらない社会保険を完備した働き方にも応じている。若手職員の確保には、「e-ふくしフェス」や高卒予定者のための「経済同友会」へも参加している。人材育成の面では、グループホームに勤務する世話人・夜勤員・支援員等の人員体制に関する計画はない。現在の運営が安定したホームを維持するためにも、職員の人材体制等に係る具体的な計画が望まれる。

15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	c	グループホームに勤務する専門職としての世話人・夜勤員の業務に関する基準等は明確になっていない。支援員が資格取得に関して講習等を受ける際には、勤務への考慮があり、更に受講料などの補助が検討されている。定期昇給の制度はあるが、キャリアアップの仕組みとなっていない。今後は、世話人・夜勤員を含めた職員個々の目標にそった育成計画をたてるなどの人事管理が望まれる。
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。	c	世話人・夜勤員へは、ホームミーティングを含めた個別の話を聞く機会や時間を意図的に設けることで、メンタルヘルスにもつなげている。支援員には、看護や介護、時短勤務、育児休業等の休暇制度があり、働きやすい環境を整えている。職員の就業に関する要望は個別に受けているが、定期的な実施や全職員に対する面談となっていない。職員がより意欲的に利用者支援に取り組める働きやすい職場づくりのためには、環境整備に留まらない職員の意向等を聞き取る仕組みが望まれる。
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。	c	「期待される職員像」は明確にしているが、世話人・夜勤員を含めた職員一人ひとりの育成に向けて、目標管理した個別の研修計画までは作成していない。研修に限らず個別の職員と上司との定期的な面談を実施していない。目標管理には本人と上司との面談の機会を定期に設けることが望ましい。
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	新任職員と中堅職員、施設長、と所定の研修は計画されている。年度ごとに重点目標が定められ、内部研修は全職員が参加できるように努めている。研修内容は、ホームミーティングで支援員から要約して世話人・夜勤員に伝えられている。しかし研修の見直しについては、研修自体の見直しであり職員個々の目標に向けた見直しにはなっていない。上記項目との整合性を図ることを期待したい。
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	グループホームの業務はひとり職場として、個々の世話人・夜勤員・支援員の専門性が把握されにくい状況となっている。研修は、支援員からホームミーティングで世話人・夜勤員に要約・伝達されるが、個別の職員の目標がないためその内容が効果的ではない。今後は、世話人・夜勤員・支援員といった個別の職員の研修計画が、明確に目的をもったものとな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	主に保育士、社会福祉士等の実習受け入れを行っている。社会福祉士の養成プログラムは本人と学校、施設利用者との兼ね合いを考慮して弾力的に変更を加えながら履修できるように実施している。このことのプログラム化にも期待したい。

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	法人のHPに情報公開のページを設けて、必須と任意の事項として各種の書面を掲載している。施設は、今後、グループホームの利用料や必要経費の掲載のほか、ブログによる情報発信を予定している。より適切な情報公開としては、利用者の意見・要望・苦情の状況をプライバシーに配慮したかたちで掲載することにも期待したい。
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。	a	利用者の銀行口座は原則としてキャッシュカードは作らずに預金管理を主としている。利用者個々の金銭管理としては、本人の目前で通帳と出金用紙に押印する等のほか、年4回、通帳のコピーや収支を家族等に郵送している。利用者の金銭管理能力に応じて、現金も渡している。ホームにおける買い物は、「物品購入伺書」にて適切に処理している。高額品の購入には規定があり、会計処理は税理士により毎月指導されている。

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。	b	グループホームの利用者も本体施設の行事を中心に、地域の人々との交流が持たれている。利用者は近隣の神社のお祭りも一つの楽しみとしており、住民の目に触れている。高齢に伴い一人での外出が難しくなった利用者には職員が同行して、町の理美容室の利用や、近隣店舗での買い物を続けている。本体施設とともに、近隣地域と交流できる機会の拡大に努めているため、今後を期待したい。
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。	b	利用者はホームと日中活動の双方で、共通した職員の支援を受けている。初対面のボランティアには人見知りの傾向があり、個別の障がい特性を伝える難しさがある。現在はグループホームとしてボランティアの受け入れはないが、同法人の行事には学生や社会人のボランティアを受け入れている。体制はあるため、将来的にホームでのボランティア受け入れは可能ではある。ボランティア受入規定には、実態にそぐわない点もあるので見直しを期待したい。

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 グループホームで必要な連絡先は、電話機の横に掲示したり、ファイルで置かれている。詳細な関係機関の連絡先は一覧にまとめ、法人事務所に置かれている。利用者の多くは高齢化しており、2019年に日中活動利用者1名が在宅から新規利用者となった。本人の関係機関の連携というより、さらに高齢となっている家族支援のための連携が今後は予想される。この場合は本体施設に併設している相談支援事業所と役割が分担される。利用者個人の社会資源は特に明確化されておらず、担当職員の対応となっている。関係機関の連携が必要か否かは、担当職員から上司の判断に任されている。利用者個別の社会資源リストの活用は生活上での利便性が高まるため、職員一人一人が利用者にとっての社会資源の意識付けを深めることに期待したい。
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。	b 夏季にはホーム周辺の整備として、機械で草刈を行っているため、結果として近隣の害虫発生予防になっている。AEDを設置しているホームがあり、公的な施設として所有を公開しておくことは地域の安心につながる。利用者本人は高齢化により町内清掃等に参加が難しくなっているため、職員がどう町内会に関わっていくかと同時に、近年の地震などの災害時にホームが地域へ果たす役割に期待したい。
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。	b 小樽市社会協議会を含めて市内の保育園・介護保険施設・障害者支援施設が加入する約19の社会福祉法人で、研修を持ち回りして実施している。この際に、テーマとなる研修課題とともに多職種の職員との会話等から福祉ニーズを感じている。また、地域の様々な活動に参加することで、高齢化や子どもの居場所についてのニーズを肌で感じることもある。他法人の職員と協働した「しあわせネットワーク」の生活支援部会での活動では、食糧の備蓄を始めた。福祉ニーズの把握が漠然としているので、今後はその把握の手法や分析、その結果にもとづいた活動の事業計画化が期待される。

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理念・基本方針のほか、就業規則内の行動規範に明示している。今春の会議では行動規範を配付・読み上げ、世話人・夜勤者にも理解を深めることに努めている。2019年度から「利用者本人の意思決定」に注力した個別支援計画策定に取り組み、法人内外の研修参加により人権への配慮についても周知徹底に努めている。世話人・夜勤者の研修参加も検討しているので今後に期待したい。

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	居室は利用者持参の家具や寝具が配置され、利用者は食事以外はほぼ自室で過ごしている。職員・世話人・夜勤者の情報共有により、休日は趣味や休息など自由に過ごせるよう、配慮されている。また、消灯時間も決められていない。障がい特性により利用者からプライバシーに関する意見や要望が出る機会は少ないが、羞恥心については場面ごとに世話人・職員が教えている。利用者の高齢化・重度化による排泄・入浴介助の増加が予想される事から、現在のプライバシー保護に関するマニュアルの再整備が期待される。
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	利用希望者がグループホームの選択に必要な情報を提供しているが、十分ではない。見学希望者には随時対応し、入居の際には必ず体験入居を実施している。ホームページ更新の際は、グループホームの料金等を掲載することも検討されているため、今後の積極的な情報公開に期待したい。
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。	b	新規利用は、原則、ホームでの生活を体験してもらい、その上でサービスを開始している。入居する利用者の経済状況や趣味等を考慮した上で、個別の「入所のしおり」を作成している。建物の老朽化や人間関係で転居が必要などのサービス変更時には、利用者に説明し了解を得ているが、口頭で留まっている。変更時の「個別支援計画」は本人の能力や特性に合わせて、ひらがな等で表現するなどの工夫が期待される。
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	加齢に伴い経口摂取が難しくなった場合や、病状進行による医療機関への移行の際には、利用者や家族へ退所後の支援サービスについて説明し、希望を確認して可能な支援を継続している。移行先はほぼ医療施設となるため看護師が中心となり、法人内の相談事業所とともに選定している。今後は介護保険施設などの連携や、引継ぎ手順の作成等を定めることが期待される。
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。	a	月に一度、「利用者ミーティング」が開催され、8つのホーム利用者の全員が参加し、テーマ別の希望・要望や、生活全般の意見が話し合われ、職員が記録係として支援している。全体での話合いが苦手な利用者には、担当職員が個別外出時に要望等を聴いているほか、世話人・夜勤者を介して聴いた本人の思いや考えを把握している。趣味活動、旅行先、ハード面改修など、それぞれの担当職員につながり、満足度の向上につながる仕組みとなっている。
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	苦情解決については、理事長が苦情解決責任者という当法人の特徴的な体制で運営されている。しかし直近では苦情解決責任者の決裁が書面上、みあたらなかった。苦情を申出た利用者が不利益にならないよう配慮し対応・解決しているが、サービスの質の向上を図るためには、苦情解決状況の公表が望まれる。

35	<p>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。</p>	a	<p>相談や意見を述べる環境は、日常的な聴き取りのほか「利用者の会」、意見箱設置、第三者委員の設置などがある。携帯電話を所持している利用者はいないが、自由に使用できるホームの固定電話で第三者委員に相談する利用者もいる。世話人や夜勤者は個々の利用者の特性を熟知しており十分なコミュニケーションが図れている。また必要時には職員が居室で相談を受けている。</p>
36	<p>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。</p>	a	<p>「利用者ミーティング」や日々の生活支援の中から聞いた意見・要望は、職員で共有され可能なものは迅速に対応している。直近では「朝釣り」の希望に応えるため、職員が勤務時間を調整し早朝から近郊の海岸に同行している。「ホーム旅行」については、利用者の経済状況に合わせて行き先・回数を話し合いで決定している。テレビ受信の不調申出には、アンテナ支柱の破損を発見し即日修理するなど迅速に対応している。</p>
<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が行われている。</p>			
37	<p>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。</p>	b	<p>高齢化や障がいの重度化により身体介助の割合が増加している。階段や車両の昇降時などの見守り、認知症への対応など個々の利用者のADL（日常生活動作）に合わせた支援がされている。職員の自己評価では、心肺蘇生法・AED（自動体外式除細動器）使用についての研修や、フェースシート保管・緊急連絡網など、更なるリスク対策に取り組む姿勢が見られる。「ヒヤリハット」のPDCA（計画・実行・評価・改善）により、更にリスク対策が進むことが期待される。</p>
38	<p>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。</p>	a	<p>法人内に「感染症対策委員会」が設置され、ホームも含めて感染症発生の際は迅速に機能している。食中毒やインフルエンザなど発生する季節に合わせて世話人に文書・口頭で周知している。看護師は、毎年度ホームを回り、世話人・夜勤者にノロウイルス研修を実施し、嘔吐物の処理等を指導している。</p>
39	<p>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。</p>	b	<p>「非常災害対策マニュアル」では人命保護・業務の早期復旧・近隣事業所への協力を基本方針としている。非常持出袋は季節に合わせて、中身を点検し過不足を確認している。年2回実施している避難訓練は、利用者自ら「緊急通報システム」を押し作動確認している。「非常災害対策マニュアル」の基本方針である「第一に人命の保護を最優先する」ことを重視し、より実践的な避難訓練の実施と、地域住民との連携を期待したい。</p>

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	平成21年には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢を明示した「サービスガイドライン」が作成され、本体事務所のロッカー内に保管されている。現場での活用はないが、ホームごとにサービスの手順書は作成されている。権利擁護やプライバシー保護など全職員が順守すべき内容は「サービスガイドライン」に明示されているので、内容と支援が適切なサービスの提供の実施となることが期待される。
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。	c	個々の現場ではサービスの手順書が作成され、必要時に見直しをしているが、組織的な取組にはなっていない。「サービスガイドライン」は、10年間見直しがなされてこなかった。障害者差別解消法の施行にともない合理的配慮が求められる今、サービスの実施内容が時代の変化に十分に対応できているのか、組織として定期的に検証する仕組づくりが望まれる。
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。	b	世話人は、毎月の「世話人ミーティング」において、利用者の日々の生活状況を報告し支援員とともに検討している。この記録はホーム毎に作成され、サービス管理責任者が全ホームの状況を把握している。毎月、「個別支援計画」に沿ってモニタリング内容が経過記録され、アセスメントにつなげている。グループホーム利用者は全員が、法人内生活介護事業所を利用しており、同じファイルに生活介護の「個別支援計画」も綴られている。グループホームでの生活場面における「個別支援計画」が、日中活動の職員とも協議して作成されている。個別支援計画の様式に「本人の役割」といった項目を設けて、利用者ニーズの充足を図り始めたところである。今後に期待したい。
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	サービス管理責任者は、希望する家族には面談を行い意向を確認し、担当職員からは意見を吸い上げて「個別支援計画」の原案を作成し、関係職員に回覧している。関係職員同士は日常的にも頻繁に話し合える環境にあり、各職員の意見を反映した原案が作成されている。原案は支援会議において関係職員が集まり検討したのちに、利用者・家族の同意を得て本案を作成している。「個別支援計画」の項目を見直しが始まったこともあり、今後に期待したい。
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	グループホームの記録は、日誌や連絡帳をもとに、サービス管理責任者が入力している。ケース記録は生活介護事業所の記録も一括して、個別にファイリングされている。入力した記録は翌月10日までに印字し綴られている。利用者の経過記録は、複数の拠点から入力された情報として、すぐに共有できるシステムが使用されており、多職種間の情報の共有を容易にしている。

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	ケース記録は毎月印刷され、管理職が決裁して個人台帳に綴られている。記録の保存期間や情報開示に関しては運営規程に明記されているが、開設以来の個人台帳はすべて保存されており、保管方法の見直しが今後の課題となっている。「医療・介護関係事業所における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を参考に、個人情報の漏洩防止対策として、就業規則の見直しを行っている。今後は、「個人情報保護規定」及び「重要事項説明書」等の改訂が期待される。
----	------------------------------------	---	---

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			
A1	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	8つのグループホームの利用者全員が月1回集まる「利用者ミーティング」は、司会も利用者が行い開催している。個々に希望する買い物や釣りなどの要望に対しては、職員が勤務を調整し同行している。また、このような機会を通じて、職員は利用者の思いをじっくりと聞き取っている。金銭管理については、収支のバランスが取れるよう購入品の優先順位をともに考えるなどの支援も行われている。
1-(2) 権利侵害の防止等			
A2	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。	a	北海道知的障がい福祉協会の「人権侵害ゼロへの誓い」を読み合わせて、職員全員が署名している。各ホームには居間の目につくところに「人権侵害を許さずプライバシーを保護し、人としての権利を擁護します」と掲示され、利用者及び職員の呼び方についても示されている。虐待防止委員会においては、2018年改訂の「障害福祉施設・事業所における障害者虐待の防止と対応の手引き」をもとに現状について確認がなされており、各職員に会議等を通じて伝達されている。

A-2 生活支援

2-(1) 支援の基本			
A3	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。	a	ホームにより利用者の障がいの程度に違いがあり、それぞれの状況に合わせた支援が提供されている。日曜日は利用者個々の能力に合わせ、世話人が利用者とともに片付けを行ったり、利用者の自己肯定感が上がるような声掛けをすることで、動機付けにも繋がっている。生活リズムが乱れ生活全体に支障が出てきた場合は、ホーム職員だけでなく各部署の職員とも情報を共有して対策を検討する仕組みができています。

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	利用者とのコミュニケーションは、障がいの程度に合わせて絵文字やジェスチャー等も活用している。自ら訴えることが困難な場合は、細部にわたって観察し、タイミングを計り意思を確認する努力がなされている。グループホームは共同生活であることから利用者間で意見の衝突も起きるが、職員が間に入り、それぞれの思いを受け止め、ストレスを軽減することで共同生活に必要な適度な距離間が保たれている。
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	少人数のホームのため、家庭的な雰囲気の中で世話人が個々の話を聴くことができている。支援員が中心となり月1回の「世話人ミーティング」が開催されて、世話人が利用者から聴き取った情報や要望は関係職員で共有されている。また支援員も多目的外出等を通じて利用者としっくり話をすることが可能となっている。様々な方法で得た利用者の希望や相談内容については、各会議を通じて共有し必要な支援は迅速に行い、必要な時は「個別支援計画」にも反映している。
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。	a	利用者の些細な要望などを聞き取り、各会議で検討してサービスにつなげている。年に1~2回の旅行（一泊または日帰り）は、各利用者の希望に沿ってグループ分けして実施している。「個別支援計画」においては、利用者一人ひとりくみ取った希望を反映させた内容となっており、内容に合わせて職員が同行した外出支援等が行われている。
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	利用者の高齢化に対しては、高齢者分野の介護職経験者が採用されており、介助方法についての工夫がなされている。職員は長年の経験から、言葉で表明できない利用者に対しても表情などから体調の変化などを早期に発見できている。周囲に過干渉的な発言をすることで良好な人間関係が築けない利用者に対しては、職員が間に入りトラブルにならないよう配慮している。意思疎通も困難で行動が不安定になった場合は、本体施設の職員とも綿密に連携し個別に対応し、対象者が早期に落ち着く環境を提供する努力がなされている。
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	食事は温かく食べやすい形態で提供されている。嚥下や咀嚼などに不安がある場合は看護師・栄養士とも連携のうえ、「個別支援計画」に反映させ提供されている。入浴は個々の障がいに合わせて自分ではできないところを支援している。自立度が高い利用者は浴槽の水張りを行っている。一方ホームによっては、シャワーチェアやバスグリップ等も導入して必要な支援が提供されている。身体機能の低下により入浴介助を必要とする利用者には、介護保険の入浴サービスの利用を調整している。基本的に排泄は自立だが、拭き取りが不十分だったり、失禁時などは羞恥心に配慮した支援が提供されており、転倒リスクが高い利用者には事業所でポータブルトイレを用意している。

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、一般住宅改修型の建物であり、個々の個室は日当たりよく清潔である。共有空間の居間や食堂は、家庭的な雰囲気を醸し出している。ホームごとに利用者の身体状況に合わせ手すりや福祉用具が設置されている。視力障がいにより、移動時に怪我を負うことがないように危険個所を緩衝材で保護しているホームもある。スプリンクラー等防災設備に関しては改修済みである。ホームの定員は4名となっており、利用者の障がい程度や相性などを考慮し、利用者がより快適に暮らせるように居室の位置などを調整している。
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	洗濯後の収納や片付けなど、それぞれの能力に合わせて、可能な限りできることは自分で行っていただくという考え方を基本に支援が組み立てられている。しかし利用者の高齢化が進んでいるホームにおいては、身体機能の低下から職員による介助量が増えてきている。利用者の身体状況に合わせ、生活の中での軽運動実施も始まっている。利用者の身体機能の維持・向上のために、外部のリハビリ専門職の活用なども視野に入れることを期待したい。

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 各ホームに連絡体制が掲示されており、体調不良時などは、すぐに看護師へ連絡がなされ必要な手立てがとられている。必要な場合は受診同行の対応をしている。内服薬は、薬袋に名前、日付が記入され、薬の変更などは、看護師が世話人に迅速に連絡し対応している。また、入浴や排せつ支援の際には、身体確認も行い、ささいな変化も見逃さないという意識で職員は対応している。
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 本体施設の医務室には、医療情報が整理された個別ファイルが保管されている。世話人、支援員、夜勤者、看護師、の連携は良く、記録も共有されている。頓服の変更などの一時的な支援に対しても、情報漏れが起きないように「引継ぎ箱」を使用して、口頭のほか文章でも伝達されている。服薬に関しては、支援の際の注意点が居間の目立つところに貼り出されており、誤薬事故が起きないように工夫している。
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。	a 各ホームには利用者の表札が出ており、町内会に加入している。以前は町内会の一員として清掃等にも積極的に参加していたが、高齢化に伴い現在は参加していない。利用者は一人での外出は厳しい状況となっている。地域の商店街での買い物や理美容室の利用、釣りなどを含めた「多目的外出」のほか、個々の希望に合わせた市外への一泊旅行等に職員が同行することで施設以外での活動に参加できている。また、数名の利用者は地域貢献として、歩道の花植えに職員のサポートのもと参加している。
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 グループホームには、高齢の利用者が多く退所しての地域移行の計画はない。老衰や疾病で、食事の経口摂取ができなくなった場合の入院先は看護師が中心となり調整している。これまでに、利用者・家族のグループホームでの生活の継続を望む意向を尊重している。ホーム利用者には高齢とまではいえない年齢層も地域生活を続けている。これまでの利用者を尊重した地域生活のためにも、今後は新たな社会資源の掘り起こしやボランティアの育成などの検討が期待される。
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 家族には、年2回の面談や電話による聞き取りを実施し、意向を確認している。入退院の支援については、「個別支援計画」に記述され、家族等への説明が行われている。利用者家族の状況によっては、グループホーム退所後も必要な支援は提供されている。また、利用者と家族が要介護となりやむを得ない状況によっては、法人として家族の後見人を引き受ける場合もある。

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