

〔評価結果の公表様式〕

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関情報

評価機関名： 株式会社 中部評価センター
(認証番号:24地福第3-3号)

訪問調査
実施日： 平成26年3月5日(水)

②事業者情報

名称:(法人名) 社会福祉法人樫の木福祉会 (施設名) GHCやまと	種別:(施設種別) 共同生活介護・共同生活援助 (基準の種類) 障害福祉施設版
---------------------------------------	--

代表者氏名:(施設長) 只井 秀明	定員(利用人数):15名
-------------------	--------------

所在地:〒494-0004 愛知県一宮市北今字林一ノ切2391番地3	TEL: 080-4217-6970
---------------------------------------	--------------------

③総評

◇特に評価の高い点

◆事業所のイメージチェンジ

実質的な管理者であるサービス管理責任者の交代があった。これまで、「忙しさ」を理由に管理面での多くの不十分な部分が指摘されてきたが、新たなサービス管理責任者がその悪しき慣習を一掃しそうな勢いである。正規職員2名、非正規職員11名からなる職員集団であるが、正規、非正規の枠を超えてまとまりのあるチームを作ろうとの意識が強い。これまで「グレー」として手が付けられなかった部分を、「クリア」にしようとの取り組みがある。

◆事業所方針の実践

「利用者の尊厳」、「自己選択・自己決定」、「プライバシー」、「財産権」、「知る権利」、「虐待・身体拘束を受けない」、「質の高いサービスの享受」、「意見・質問・苦情の申し立て」、これらの権利を尊重する事業所方針を明文化している。訪問調査でのヒアリング実施中に、利用者の一人からサービス管理責任者に頻繁に電話が入った。「たわいもない事なんだが、話だけは聞いてあげないと・・・」とはサービス管理責任者の言であるが、利用者が気軽に意見や相談を持ち掛けやすい環境はできている。これも、事業所方針の実践例である。

◆待機者100名(法人、事業所への期待の大きさ)

市内のグループホームを運営する各法人のサービス管理責任者で構成される「ホーム連絡会」や市の自立支援協議会の会合に出席して情報収集しており、特別支援学校の親の会や法人の運営する「相談支援事業所」からも有効な情報提供がある。それらの情報を収集・分析して将来構想を練っている。「外に開けた法人」を標榜しており、ケアホームやグループホームの利用範囲を法人の会員に限定することなく、広く一般から入居者を募集していることもあり、待機者は100名を超える。法人、事業所への期待の大きさが現れている。

◇改善を求められる点

◆正規、非正規職員の意識格差の是正

事業所を管理する正規職員2名と世話人業務を主とする非正規職員11名との間に、大きな意識の差がある。この格差を是正することがサービスの質の向上に繋がることをサービス管理責任者は認識しており、意識の格差是正に取り組み始めた。個別面談を実施して就労面の意見・要望を聞いたり、研修会や勉強会への積極的な参加を促している。成果が出るのは次年度以降となるが、注目して見守っていききたい。

◆実習生受け入れについて、積極的な関わりを

グループホームでの実習生の受け入れは全く行われておらず、母体事業所で受け入れた実習生が見学に訪れる程度である。しかし、今後の事業展開を見ても、グループホーム・ケアホームの重要度や必要性は増すばかりである。休日や夜間の支援、余暇の支援が中心となるグループホーム・ケアホームであるが、利用者の生活リズムを整えるためには重要な部分である。将来的に福祉職を目指す実習生に対しては、グループホーム・ケアホームでの実習をカリキュラムに加えることが必要ではあるまいか。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

事業所としては昨年に続いて2度目の第三者評価の受審であるが、法人内で配置転換があり、サービス管理責任者としては初めての経験となった。これが功を奏して、人材難(世話人の確保)や人材育成等の課題を解決する方向に向かっていきたい。
法人内の他のホーム事業所との連携をとり、よりサービスの向上を図りたい。

⑤第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(80項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

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
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。			
	I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	障 1	㉠ ・ b ・ c
	I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	障 2	㉠ ・ b ・ c
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。			
	I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	障 3	a ・ ㉠ ・ c
	I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	障 4	a ・ b ・ ㉠

評価機関のコメント

事業を開始して2年目を迎え、新しいサービス管理責任者の下で組織的な支援や管理が定着しつつある。支援に対しての法人の基本的な姿勢をパンフレットの冒頭に掲げ、職員や利用者だけでなく、利用希望者や一般の人たちにも訴えかけている。

職員の構成が、正規職員2名に対して非正規職員11名となっている。多数を占める非正規職員の変則的な就労時間のせいもあって、一堂に会しての会議や勉強会の開催が困難な状況であり、理念や基本方針に関しても十分な周知活動は行われていない。利用者に関しても、理解力や判断能力に個人差が大きく、理解を得るには至っていない。

Ⅰ-2 計画の策定

			第三者評価結果	
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。				
	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	障 5	a	・ ㉠ ・ c
	I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	障 6	a	・ ㉠ ・ c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。				
	I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	障 7	a	・ ㉠ ・ c
	I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	障 8	a	・ ㉠ ・ c
	I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	a	・ b ・ ㉡

評価機関のコメント

法人の「樫の木福祉会中・長期計画」(平成24年度～27年度)があり、「居住支援部会中・長期計画」にも、サービス管理責任者の養成計画や必要人員の推測、新規の開設計画等が記載されている。それを受けて「25年度年間事業計画」が作成されているが、一部の職員(正規職員)以外が事業計画の作成に係わる度合いは極めて低い。

職員や利用者に対する周知に関しても、理念や基本方針と同様の理由によって十分な状態ではない。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

			第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
I-3-(1)-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。	障 10	㉠ ・ b ・ c
I-3-(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。	障 11	a ・ ㉠ ・ c
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	障 12	a ・ ㉠ ・ c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	障 13	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

※当該事業所における制度上の「管理者」は、バックアップ施設の管理者が兼務しているが、当該事業所の管理業務全般がサービス管理責任者に委ねられていることから、I-3項に限り「管理者」を「サービス管理責任者」と読み替える。
 新しいサービス管理責任者の下で、事業所が大きな変身を遂げようとしている。これまでの「多忙」を理由として管理が不十分であった点にメスを入れ、様々な改善に着手している。世話人の連絡体制に新しい試みを取り入れたり、ホーム内の事務所を機能的なレイアウトに変更したりと、目に見える形で改善が行われている。残された大きな課題を「職員の格差是正」ととらえており、世話人に対する研修や会議への参加が検討されている。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

			第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	障 14	㉠ ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	障 15	a ・ ㉠ ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

市内のグループホームを運営する各法人のサービス管理責任者で構成される「ホーム連絡会」があり、情報収集や意見交換の貴重な場となっている。市の自立支援協議会からも情報収集しており、法人の運営する「相談支援事業所」からも有効な情報提供がある。法人内外に100名を超える待機者の存在が明らかになっており、中・長期を見据えた法人としての方向性を示す時期に来ている。
 第三者評価を継続して受審することによって新たな気付きを得ており、利用者の自由度が著しく向上・改善され、サービス面に関しての透明性が確実に増している。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

			第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。			
Ⅱ-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	障 17	a ・ ㉠ ・ c
Ⅱ-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	障 18	a ・ ㉠ ・ c

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
Ⅱ-2-(2)-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。	障 19	a ・ ㉔ ・ c
Ⅱ-2-(2)-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。	障 20	a ・ ㉔ ・ c
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
Ⅱ-2-(3)-①	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	障 21	a ・ ㉔ ・ c
Ⅱ-2-(3)-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組が行われている。	障 22	a ・ b ・ ㉔
Ⅱ-2-(3)-③	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	障 23	a ・ b ・ ㉔
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。			
Ⅱ-2-(4)-①	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、積極的な取組をしている。	障 24	a ・ b ・ ㉔

評価機関のコメント

「居住支援部会中・長期計画」には必要人材についてのプランが記述されているが、事業所レベルでは、欠員（世話人）の補充が最優先される人事課題となっている。人事考課制度は中断状態であり、サービス管理責任者と世話人の面談によって、かろうじて就労・福利厚生面や支援現場での問題点に関しての意見調整が行われている。世話人の研修参加が従前からの課題となっており、新たなサービス管理責任者の下での展開に期待したい。

実習生に関しては、バックアップ施設での受け入れ時にホーム見学の時間を取っている程度である。グループホームの重要度や必要性が高まっており、ホームでの実習をカリキュラムに加えることが必要な時期に来ている。

Ⅱ-3 安全管理

			第三者評価結果	
Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。				
Ⅱ-3-(1)-①	緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	障 25	㉔ ・ b ・ c	
Ⅱ-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	障 26	a ・ b ・ ㉔	
Ⅱ-3-(1)-③	利用者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。	障 27	a ・ ㉔ ・ c	

評価機関のコメント

「業務マニュアル・みずきの家」の中に、ホームに必要なマニュアル類が綴じこんであり、緊急時の対応マニュアルも入っていた。かつて、ホームでの食事中に利用者が喉に食物を詰まらせるという誤嚥事故があったが、その後マニュアルを改訂して再発の防止を図っている。

防災訓練が計画通りには実施されておらず、速やかな対応が望まれる。特に、夜間の災害発生時には地域の助けが必要となる。防災訓練時には地域住民にも参加を呼び掛ける等、地域と連動しての取り組みが求められる。

Ⅱ-4 地域との交流と連携

			第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
Ⅱ-4-(1)-①	利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	㉔ ・ b ・ c
Ⅱ-4-(1)-②	施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	a ・ ㉔ ・ c
Ⅱ-4-(1)-③	ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	障 30	a ・ b ・ ㉔

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
Ⅱ-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	障 31	㉠ ・ b ・ c
Ⅱ-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	障 32	㉠ ・ b ・ c
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
Ⅱ-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	障 33	㉠ ・ b ・ c
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 34	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

「地域密着・地域貢献」は法人の主題でもあるが、夜間の生活支援が主体となるグループホームにおいては、地域との係わりを深めることはたやすいことではない。買い物や理髪店等、地元の商店を利用することで係わりを持ったり、犬の散歩時に積極的に挨拶を交わして交流に努めている。地域からクレームがあり、それを処理をする過程で地域の理解が深まり、交流が始まった例もある。ボランティアの必要性は認識されているが、実際の受け入れ事例はほとんどない。地域には、100名を超えるグループホーム待機者がいる。そのニーズに応えるために、法人主導でグループホームの増設計画が進められている。

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	
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。				
	Ⅲ-1-(1)-①	利用者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組を行っている。	障 35	a ・ ㉠ ・ c
	Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	障 36	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。				
	Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。				
	Ⅲ-1-(3)-①	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	障 38	㉠ ・ b ・ c
	Ⅲ-1-(3)-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。	障 39	a ・ ㉠ ・ c
	Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	障 40	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

利用者主体のサービス提供に関しては、自己評価はあまり高くはないが、サービスの向上に向けた改善、取り組みについては明確化されていた。サービス管理責任者から、今後どのように進んでいくか意欲的、且つ前向きな声を聞くことができただけに、取り組むべき優先順位を決め、確実に実施されることを期待したい。

訪問調査でのヒアリング実施中に、利用者の一人からサービス管理責任者に頻繁に電話が入った。「たわいもない事なんだが、話だけは聞いてあげないと・・・」とはサービス管理責任者の言であるが、利用者が気軽に意見や相談を持ち掛けやすい環境はできている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

			第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。			
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	障 41	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-2-(1)-②	評価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。	障 42	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。			
Ⅲ-2-(2)-①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	障 43	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(2)-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。	障 44	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。			
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	障 45	a ・ ㉑ ・ c
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。	障 46	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	障 47	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

第三者評価を継続して受審することで、定期的にサービスの評価・見直しを実施する仕組みは構築されており、課題も明確になっている。しかし、課題解決のための改善計画が作成されていないこともあり、課題自体が職員全員に周知されていないのが現実である。職員の大半を占める非正規職員においては、情報の共有化が図られておらず、改善のための何らかの工夫が望まれる。日々の業務は非常に忙しい印象を受けたが、そのことも影響していると思われる。支援全体に言えることは、P-D-C-Aサイクルの、特にC-Aを意識することが必要である。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

			第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(1)-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。	障 48	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	障 49	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	施設の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障 50	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

ホームページを使って事業所の情報を公開しており、そのホームページから利用の問い合わせがあるなど、地域ニーズをうまく吸い上げている。
事例としてはわずかであるが、利用終了となった利用者へのフォローもできており、事業所として掲げている方針は確実に実施されている。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

			第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。			
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	障 51	a ・ ㉔ ・ c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。			
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	障 52	a ・ ㉔ ・ c
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 53	a ・ ㉔ ・ c
Ⅲ-4-(2)-③	利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 54	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

アセスメントやサービス実施計画の変更等の仕組みがうまく機能していなかった。グループホームであるという事で、世話人にサービス実施計画の周知を図ることは難しい部分ではあるが、休日や夜間の支援、余暇の支援等は、利用者の生活を支える重要な部分でもある。日中の活動を把握している事業所や相談支援事業所との密な連携を図り、利用者の最善の利益を追求するサービス実施計画を作成し、直接支援にあたる世話人への十分な周知を望みたい。

Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

			第三者評価結果
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(1)-①	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。	障 55	㉔ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	㉔ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	障 57	a ・ ㉔ ・ c
Ⅲ-5-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 58	a ・ ㉔ ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 59	㉔ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	障 60	a ・ ㉔ ・ c
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	㉔ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(3)-①	入浴、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	障 62	㉔ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 63	㉔ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ ㉔ ・ c

Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 65	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 66	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 67	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(5)-②	衣服着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 68	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(6)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 69	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 70	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 71	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 72	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(8)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
Ⅲ-5-(9)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 75	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(10)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 76	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(10)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 77	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(11)-①	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 78	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(11)-②	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 79	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(11)-③	嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 80	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

食事については、他のグループホームと同様に食品配達業者を利用しており、利用者にバランス良い食事を提供している。利用者との雑談の中からも、食事についての満足度の高さが感じられた。

外出やレクリエーションは、利用者の希望に沿って実施されており、地域の施設を活用し、地域との交流を意識した取り組みとなっている。嗜好品等に関しても、利用者の要望に最大限応える姿勢で臨んでいる。「困った時には、サービス管理責任者へ連絡を行うように」とのルールが利用者に浸透している。利用者からの様々な連絡も記録されており、利用者、保護者の安心につながっている。グループホームに関する支援の質の高さは感じる事ができた。