

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2016 年 11 月 10 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 060-0002

住 所

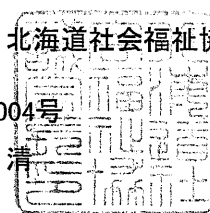
札幌市中央区北2条西7丁目

電 話 番 号 011-241-3766

評 価 機 関 名 社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

認 証 番 号 北海道 第15-004号

代 表 者 氏 名 会長 長瀬



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)	小野寺さゆみ	総合	第0116号
	(2)	高橋 修一	福祉医療保健	第0156号
	(3)	野村 宏之	総合	第0158号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	共同生活援助			
事業所名称	ハーフタイム			
設置者名称	社会福祉法人緑星の里			
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)	2015 年 8 月 5 日	～	2016 年 11 月 10 日	
利用者調査実施時期	2015 年 9 月 24 日	～	2015 年 12 月 1 日	
訪問調査日	2016 年 1 月 19 日			
評価合議日	2016 年 9 月 7 日			
評価結果報告日	2016 年 11 月 10 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

社会福祉法人北海道社会福祉協議会

②運営者（指定管理者）に係る情報

名称：社会福祉法人緑星の里

代表者氏名：理事長 尾野 聖一

所在地：〒059-1365 苫小牧市字植苗121番地7

TEL 0144-58-2321

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

■管理者の事業に対する思いの共有とリーダーシップ

北海道に早期からグループホームを立ち上げるなど、地域で障がい者を支えてきた事業所の歴史を踏まえて、地域のパイオニアとしての誇りを持ち、変化するニーズへの対応を行っています。新たに24時間の支援が必要な障がい者のグループホームを開設するなど、利用者の社会参加と地域生活を支えるという使命を職員と共有し、実践するためにリーダーシップを発揮しています。グループホームは利用者の生活の場であり、職員は利用者の支援を行う専門性とその場での判断が求められる業務が多いため、職員の業務上の悩みを聞き、必要な情報を伝達するための仕組みを作るなど、適切に業務を遂行できるよう取り組んでいることは評価に値します。

◇改善を求められる点

■中・長期計画の策定と、単年度計画への反映と職員参加

法人の支援事業部として事業計画や方向性を打ち出しているものの、事業所としての中・長期計画が定められていません。事業所の単年度計画は、課題ごとに取り組みの方向性が記載されており、事業所の目標とする方向性が記載されてはいますが、どのように達成していくかを明確にしていない項目も多いため、職員がいつ、どのように達成するかを確認できるようにしていく工夫が必要です。そのためには、職員の雇用形態によって事業計画をはじめとする情報伝達や研修の機会を制限するのではなく、個別の能力や経験に加えて、利用者支援に必要な知識や技術を身に付けられるよう取り組んでいくことが望まれます。

■権利擁護に配慮したサービス提供の仕組み作りの強化

職員会議及びサービス担当者会議を毎月開催し、虐待防止に向けた自己点検などの取り組みや倫理綱領・職員の行動基準の読み合わせを行っています。接遇委員会活動では、利用者の権利について検討や学習を深めています。学習内容は開催ごとに変化をつけており、虐待に関する時事的なニュースを活用するなど、参加者の理解を深めやすい工夫をしています。また、世話人も自己点検のためのチェック表をつけています。しかし、プライバシー保護に関する規程や事業所としての標準的なサービス提供の流れを定めた文書が未整備であるため、具体的な仕組みとしての確立は途上段階です。今後の策定の取り組みが望まれます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度、第三者評価を受けることとなり、日頃私どもが実践している福祉サービスがどう評価されるのか不安もありましたが、客観的な評価を頂くことで浮かび上がった課題をしっかりと認識することが出来ました。改善を求められました項目内容につきましては真摯に受け止め、サービスの質の向上に向けて職員一同努力してまいります。ありがとうございました。

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： 平成 27 年 11 月 20 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 緑星の里		
事業所名 (施設名)	ハーフタイム	事業種別	共同生活援助
所在地	〒 059-1304 北海道苫小牧市北栄町3丁目11番4号		
電 話	(0144) 55-5838		
F A X	(0144) 55-5641		
E-mail	ryokuseinosato@ryokusei.or.jp		
U R L	http://ryokusei.or.jp		
施設長氏名	鈴木 敏昭		
調査対応ご担当者	大居 康元 (所属、職名：ハーフタイム、主任支援員)		
利用定員	66 名	開設年	平成 21 年 4 月 1 日
理 念：	共感共生 共に感じ、共に生きる 共学共育 共に学び、共に育てあう 共励共働 共に励ましあい、共に働く 共慈共愛 共に慈しみあい、お互いに愛し合う 共支共老 共に支えあい、共に老いる		
基本方針：	・「支え合って共に生きる」という法人理念の明確化 ・透明性が高く、社会的に信頼され、開かれた法人経営 ・自律的で自己責任に基づく法人経営 ・経済合理性を基調とした財政の確立と施設経営の追求 ・人命尊重、人権尊重の立場に立ち、高い倫理性と高度な技術に基づくサービスの提供 ・地域社会との連携を深め、ノーマライゼーションの理念に立ち、積極的に利用者の自立生活の援助を図る		
施設・事業所の特徴的な取組：	利用者個々の障がい特性や生育・生活歴を考慮しながら、地域で支えていくことを念頭に個別支援計画に沿った支援を実施している。地域で生活していくうえで、ご本人はもとより、身元引受人や就労先と綿密な連絡・調整を図り、生活の場でも面談の機会を多く持ち、自覚と責任感、自信を持っていただけるよう迅速な対応を心がけている。		
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)

施設入所支援事業 (定員30名) 生活介護事業 (定員34名) 就労移行支援事業 (定員6名)
 自立訓練事業 (定員6名) 就労継続支援B型事業 (定員10名) 宿泊型自立訓練事業 (定員10名)

【利用者の状況に関する事項】（平成 27年 11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	2名	3名	8名	6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
15名	12名	7名	6名	6名	1名
					合計
					66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	1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	1名	名	2名	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）	名	名	名	名	名	名
合計	名	1名	1名	名	2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
6名	33名	27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	3名	3名	5名	1名	11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
4名	39名	0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： 5年)

【職員の状況に関する事項】(平成 27年 11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		
常勤	11名	1名	1名	名	名
非常勤	26名	名	名	名	名
	生活支援員	介護職員(世話人)	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	8名	名	名	名	名
非常勤	名	26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	1名	名	名	名	名
非常勤	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	1名 (名)
介護福祉士	1名 (名)
保育士	名 (名)
栄養士	1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	385.73m 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 checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	60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) に行って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】

・平成 26 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

82 人

・ボランティアの業務

当事業所の祭り参加・手伝い

【実習生の受け入れ】

・平成 26 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 17 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。

地域生活者自治会

【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	a	法人の理念は、法人ホームページや事業所パンフレットに記載されている。職員へは毎年研修などで伝えており、各グループホームにも掲示している。利用契約時や家族会総会の際にも周知を行い、理解を促している。

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	a	法人全体の施設長会議で、稼働率などについて定期的に把握している。平成27年の障害福祉サービスにおける施設から地域への移行の流れに合わせて、事業所として地域生活のために不足しているサービスの分析を行っている。
3	a	事業所として地域生活のために必要なサービスの分析に基づき、事業所の増設や必要な人員、職員構成について方針をまとめている。また、今後開設予定の事業所について、物件の自己所有割合などの検討も行っている。

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	c	法人の単年度事業計画の中で中・長期の展望に触れているが、予算などを含む具体的な計画とはなっていない。また、法人全体としての方向性は読み取ることができるものの、事業所の具体的な内容には触れていないため、事業所として法人の方向性を踏まえ、どのような目標に向かっていくのかを具体的に定めた中・長期計画の策定が望まれる。
5	c	単年度事業計画はあるが、中・長期計画が策定されていない。また、各年度の計画についても目標設定はあるが、その達成のための具体的な方法や仕組みについて踏み込んでいない部分もあるため、表現の工夫が望まれる。
Ⅰ-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	b	事業計画や年度ごとの事業報告を作成しており、職員への説明を行っている。入居率など実施状況は定期的に職員に報告し、進捗率を共有している。計画の策定について、広く職員の意見を集約できるような仕組みの構築に期待したい。
7	c	家族会で説明を行っている。利用者については自治会「たるまえ会」の定期総会で行事計画の説明を行っている。今後予定されている事業所の再編成や改築などに伴う利用者の移動など、予め理解を得るよう取り組んでいくことが望まれる。

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	
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	法人全体で組織する各種委員会へ参加し、職員の行動基準に従った接遇の向上を行っている。また、職員の自己点検から統計を作成し改善に努めている。今年度は福祉サービス第三者評価受審のため自己評価を作成している。今後、個人の自己点検とは別に事業所としての定期的な自己評価を実施し、その結果に基づく改善に取り組んでいくことを期待したい。
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	支援員などの正規職員と、世話人や宿直職員などの非正規職員とは関与の状況が異なっている。現在実施している自己点検の項目も、非正規職員は虐待についてのみとなっており、今後事業所全体で課題を把握し、チームとして利用者を支えていくという意識を高めることに期待したい。

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	年度当初の利用者向けの便りに、管理者の挨拶や組織表を掲載し、方針などを明確にしている。事業所の職員会議を開催し、直接伝える機会を持っている。職員には給料を管理者から渡しており、その際にも職員と個別に業務について確認している。
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。	a	法人全体でコンプライアンス（法令の遵守）の強化に取り組んでおり、管理者がコンプライアンス担当者となっている。各グループホームへの巡回を行い、サービス提供の適切さを確認している。
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	現在、課長職が欠員となっており、管理者自らが率先して職員一人ひとりの声に耳を傾けている。職員の接遇の向上に意欲的に取り組み、全体的なサービス向上を目指している。定期的な個人面談を実施しており、目標管理や職員のモチベーションアップに努めている。
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。	b	24時間見守り体制をとるグループホームの新設や日曜日の昼食提供の中止、警備会社の導入などを行い、経営の効率化や安全強化に取り組んでいる。事業拡大や食事提供の中止によってサービスの質を落とさないよう、世話人をはじめとする非正規職員に対する教育の充実などに引き続き取り組んでいくことを期待したい。

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	事業所として、新たなグループホームの開設予定などに合わせた人員採用計画がある。正規職員に対しては先輩職員が指導役となるチューター制度があり、職員の育成に成果を挙げている。しかし、非正規職員については、世話人の不足などの課題があり、夜勤職員は法人OBなどの登用が多い。また、非正規職員には研修機会が確保されていない。今後の人材確保・定着への取り組みに期待したい。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	法人の期待する職員像があり、職域別のチェックリストや個別の目標管理を行っている。個人面談は正規職員は年2回、非正規職員は年1回実施している。希望する職員には非正規職員から正規職員への登用試験も実施されている。しかし、職員定着のために取り組んでいる職員教育については、職種ごとに必要とされる研修が十分に実施されているか否かを、事業所として見直していくことに期待したい。
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	労務管理責任者を配置し、実績の記録を行っているが、有給休暇の消化率などについては定めていない。利用者への突発的なサービス提供にも対応しつつ、職員の残業が増えないよう業務を振り分けるなど、一部の職員に過度の負担がかからないようにしている。シフトの作成の際にも職員の希望を聞き取り、できるだけ意向に沿うよう調整している。今後、有休の取得に関する方針を周知し、休暇を取得しやすい職場環境を整備していくことに期待したい。
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。	b	法人の期待する職員像に沿った行動指針を踏まえ、目標設定を行っている。しかし、全職員を対象にしておらず、非正規職員に対しての研修などの取り組みには差が生じている。福祉職の経験を持たない世話人や夜勤職員も単独での業務が発生するため、現状の教育研修で充分であるかを検討していくことに期待したい。
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。	b	職種ごとの達成度合いを確認するチェックシートがあり、定期的に振り返りを行っている。法人として年間研修計画があり、雇用形態や勤務年数ごとに研修が計画されている。しかし、夜勤職員などに対する研修が十分に行われておらず、福祉経験が長い非正規職員も含めて、継続的な研修の場を提供していくことを期待したい。
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	法人が推奨する研修について、職員個別に参加させている。事業所として職員に知識の習得を進めることは必要であるが、職員本人の目標やキャリア形成、興味などのモチベーションを向上させる工夫や、学んだことを現場で発揮できる機会を作る取り組みに期待したい。
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	法人として実習生を受け入れ、その実習内容により事業所が受け入れ協力を行う体制となっている。実習生の実習時間に利用者が外出している場合もあることから、実習への理解を促す工夫や職員への周知を含めた受け入れマニュアルの整備に期待したい。

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。	a	ホームページに法人概要、決算などを公表している。利用者に対して広報誌を年4回発行しており、職員行動基準、倫理綱領、苦情や虐待解決の仕組み、職員体制などについても報告している。法人の広報誌では法人全体の内容も公表している。
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	法人として内部牽制システムの構築と運用により、適正な財務管理を行っている。定期的な内部監査と公認会計士の指導を毎月実施し、適正な状況を維持するとともに、事業所便りや金銭管理を担当する庶務課の紹介を行い、利用者の家族などに業務の状況を周知している。

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	利用者が地域で暮らすために必要となる、様々な社会資源を活用できるよう、職員と一緒に挨拶を行ったり、町内会行事に参加するなどしている。グループホームの周りの雪かきをする際には、隣接住居にかかる部分も除雪するなど、近所との付き合いを円滑にできるよう配慮している。
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	ボランティアマニュアルがあり、学校の職場体験の受け入れなども行っている。町内会や学校、幼稚園などのボランティアが法人の夏祭りの協力を行っている。しかし、ボランティア受け入れは法人の行事が主な機会となっているため、利用者のニーズに合わせた受け入れの可能性についても検討することを期待したい。
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	地域の障がい者連絡会への参加やハローワーク、職親会、ヘルパーステーション、医療機関など利用者の自立した生活を支えるための社会資源との協力を行っている。介護保険への移行、成年後見制度の活用など、利用者の生活を切れ目なく支援できるよう幅広い体制を整えている。今後、社会資源の連携先を世話人や夜勤職員などを、利用者の身近で支援する職員にも周知・確認できるリスト作成などの工夫に期待したい。
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	法人として社会貢献推進事業に取り組んでおり、市民向け講座や小学校前での交通安全運動を行っている。地区で課題となっている貧困問題の支援について、事業所の地域支援の経験を活かした活動や空き事業所の活用などを検討している。今後は、事業所の視点を活かしてどのように地域へ還元できるかを検討し、法人に対してアイデアをボトムアップしていくことに期待したい。
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	法人の公益的事業推進の方針があり、社会貢献推進委員会が設置され、各事業所に対して事業協力の要請が行われている。また、地域の福祉関連団体にも参加し具体的な地域課題の把握に努めている。しかし、事業所独自の課題把握や活動には至っていないため、職員の意識を高めていくことを期待したい。

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。	c 職員会議及びサービス担当者会議を毎月開催し、虐待防止に向けた自己点検や倫理綱領・職員の行動基準の読み合わせを行っている。接遇委員会では、利用者の権利をテーマに検討や学習を深めている。学習内容は、開催ごとに変化をつけており、時事的なニュースを活用するなど、参加者の理解を深めやすい工夫をしている。世話人も自己点検のためのチェック表をつけている。また、成年後見制度の申し立てにつなげたケースもある。しかし、プライバシー保護に関する規程や事業所としての標準的なサービス提供の流れを定めた文書が未整備であるため、具体的な仕組みとしての確立は途上段階である。今後の策定への取り組みが望まれる。
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。	c 倫理綱領の読みあわせを行い職員に周知し、綱領の考え方にに基づき、利用者のプライバシー保護など権利擁護に配慮した福祉サービス提供に向けて努力している。しかし、居室内の住環境は随所にプライバシーへの配慮があるものの、一方で利用者が毎日服用する薬の内容がグループホームの居間（共有スペース）に掲示したままになっているなど不十分な点もある。また、個人情報保護への取り組みについて、ソーシャルメディアの普及に伴い、職員や利用者、利用者家族などが投稿した場合の扱いについては未対応であり、今後の取り組みが望まれる。
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 法人内の事業所の紹介も含めて写真付きのパンフレットを提示し、宿泊型自立訓練センターの機能と併せて説明している。また、見学の希望にも応じている。しかし、パンフレットの配布対象の拡大に向けた検討や、配布したパンフレットの活用状況などの検証は不十分であるため、今後の取り組みに期待したい。
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 本人、家族の意向を確認した上で面談し、最終的な意思確認を行っている。また、利用先の事業所を見学するなど工夫している。サービスの利用開始前には、重要事項説明書（ルビ付き）で説明し同意を得て、利用契約書（ルビ付き）で締結を行った上でサービス利用を開始・変更している。
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 福祉施設、事業所の変更や地域への移行後については、相談支援施設や市の福祉課と連携を図り、継続して元利用者からの相談に乗るなどの支援を行っている。しかし、サービス終了後の対応の手順などを定めた文書は未整備であり、実施体制を強固にするためにも今後の対応に期待したい。
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。	b 地域生活者による総会において、利用者との意見交換の場を設けており、利用者からの意見や要望を確認し支援に活かしている。また、家族会主催の会議や研修、行事に出席した中で、家族との交流や利用者支援に関する意見交換を積極的に行っている。さらに、接遇委員会の中で職員の行動基準についてのアンケートを実施し、職員や家族に回答してもらうなどの組織的な仕組みが整備されている。しかし、調査の結果、分析に基づく改善に向けた取り組みはこれからとなるため、今後期待したい。

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。	<p>b</p> <p>法人が定める苦情解決要綱に基づき、一連の苦情、虐待申し立ての流れ、第三者委員の配置などが整備されている。また、これらの仕組みは、利用者にわかりやすいようグループホーム内に掲示している。家族へは、機関誌の中で紹介している。また、障がい者虐待についての説明及び掲示物も、各ホームにてミーティングを実施し、利用者へ掲示内容を説明した上で掲示している。しかし、苦情解決制度に結び付いた案件をきっかけに、サービス提供内容の質向上に結び付いた事例は無く、今後の取り組みに期待したい。</p>
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。	<p>a</p> <p>利用者が相談したり意見を述べたりする際は、担当職員だけではなく、利用者が相談しやすい職員を選べる配慮がなされている。また、利用者の会も組織され、職員による側面的なサポートを受けながら定期的な会合が持たれ、利用者が意見を述べる場として活用されている。さらに、事業所内部だけではなくオンブズマンの訪問による聴き取りなどを行い、利用者個々の意見を述べる仕組みが作られている。その結果について職員会議などで報告して全体で共有し、サービス内容の改善につなげている。</p>
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。	<p>b</p> <p>職員間でミーティングを実施し、朝礼や夕礼時などでも報告を実施している。内容に応じてその都度管理職からの指導、助言があり迅速に対応している。また、幅広い意見集約のために、意見箱の設置だけではなく職員の接遇や対応に関するアンケートを実施し、結果分析に向けた取り組みを開始している。しかし、相談や意見に対する具体的な対応に関するマニュアルや対応手順は十分とはいえないため、今後の取り組みに期待したい。</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。		
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。	<p>a</p> <p>昨年度より、法人としてリスクマネジメント委員会を設立し、事故・ヒヤリハット報告による検討部会、マニュアル作成部会、広報部会がそれぞれ活動を展開し、事業所からも委員として参加している。また、法人の監事監査の際に、事故・ヒヤリハット報告と分析・対応方法についての助言・指導を受けている。さらに、サービス担当者会議にて、事故・ヒヤリハット報告の事例検討を実施するなど、これら一連のマネジメント体制を構築している。</p>
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。	<p>b</p> <p>職務分掌に感染予防対策委員を位置づけ、感染症に関する予防・対策の検討を行っている。また、毎年10月から冬期間、感染症予防対策の会議を毎月開き、手洗い・うがいの予防対策に努め、情報の共有化を図っている。さらに、関係機関からの情報提供を職員間で周知し、利用者にも掲示している。しかし、法人として整備しているマニュアルの作成日がやや古いため、今後の改善に期待したい。</p>
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。	<p>a</p> <p>法人として整備している年度の防災計画に沿って、防災設備の点検と避難訓練を行っている。具体的には、消防署との連携で訓練や年数回の救命講習を実施し、職員が参加している。各グループホームの夜間時の連絡体制も、基本的には世話人から発信する経路が定められている。災害時の医薬品・備品は3日分備蓄している。</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。	c	個々のサービス提供に関わる手順書は整備されている。それらには、法人が本事業所担当エリアに限定して独自に定めた倫理綱領、職員の行動姿勢に裏打ちされたプライバシー保護、権利擁護に関わる姿勢も明記されている。しかし、サービス提供業務全体に関わる標準的な一連の流れを整理した内容の文書は整備されていないことから、今後の取り組みが望まれる。
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	標準的な実施方法や実施方法を明記したマニュアルを整備していないため、今後の取り組みが望まれる。
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。	a	利用者が日中活動を行う事業所とも連携を取りながら、サービス管理責任者を中心に、アセスメントに基づいた個別支援計画を検討・作成している。
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	ケアプラン会議・モニタリング会議の中で、適正なサービス提供の実施について確認している。また、サービス担当者会議で個別支援の支援内容の確認を年1回行っている。さらに、世話人が各グループホームで業務に就く前に本部に寄る仕組みをつくり、利用者の細かな状況を把握する工夫もし、計画見直しにも反映している。
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。	b	平成27年度から、サービス実施状況に関する記録はパソコン上のシステムで記録し、共有化を図っている。また、記録内容は上司による確認のほか、新任職員には担当チューターが助言する場合もある。しかし、パソコンシステムによる共有化は、個別支援計画との連動性をどのように構築していくかについては未確立なこともあり、今後の取り組みに期待したい。
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	法人として個人情報保護規程、文書保存規程を整備している。しかし、グループホームごとに業務記録の記載方法に差があるなど、利用者の記録の管理が徹底されているとは言えない。今後、利用者や家族からの情報開示の求めに適切に対応していくためにも、記録内容・方法を含めた記録の管理について、全職員が共有するための取り組みに期待したい。