

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2016 年 11 月 30 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)	坂本 豊	福祉医療保健	第0093号
	(3)	高橋 修一	福祉医療保健	第0156号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	共同生活援助			
事業所名称	グリーンホーム			
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 30 日	
利用者調査実施時期	2015 年 10 月 13 日	~	2015 年 11 月 24 日	
訪問調査日	2016 年 1 月 15 日			
評価合議日	2016 年 9 月 1 日			
評価結果報告日	2016 年 11 月 30 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(グリーンホーム)

代表者氏名：理事長 尾野 聖一

所在地：〒059-1365 苫小牧市字植苗121-7

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

■施設長のリーダーシップとさらなる事業展開への意欲

事業所では業務の特性上、職員が各グループホームに1人で配置となる場合が多く、職員同士の交流や助け合いが難しいものとなっています。また、職員構成も法人の教育システムが適用される正規職員と、事業所独自に教育を行う非正規職員の世話人がおり、職員の福祉に関する知識や経験も様々となっています。そのような状況ではありますが、世話人の業務のサポート体制を整え、悩みなどにも耳を傾けるように努めています。さらに、利用者の生活場面では職員がその場に応じて適切に支援できるよう職員の業務範囲の明確化と権限委譲を行っています。これまでのグループホーム運営での経験を活かし、「地域で暮らしたい」という障がい者や家族が高齢化し、障がいがある子の入居を望む声などの要望に応えるよう職員の意識向上を促し、新たなグループホームの増設に向けて意欲的に取り組んでいる姿は評価に値します。

◇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

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ますが、事業所としての中・長期計画が策定されていません。単年度ごとの計画策定と総括は行われていますが、入居率以外は具体的な計画とはなっていません。また、目標や取り組みが定量的に把握できないため、実際の事業運営が職員に理解しにくいものとなっています。事業計画は事業を推進する職員全員が理解し、一丸となって進んでいく方向性を示すものでもあるため、達成状況がわかる計画にするなどの工夫が望まれます。特に、現在重度重複障がい者の地域移行に取り組んでおり、利用者の生活の可能性や施設以外の生活という選択肢を提示する大きな事業が開始されています。この事業の成功は利用者自身、家族にとっても大きな意義のあるものであるため、全職員で事業の意義や目指すサービスについて検討し、計画に反映していくことが望まれます。また、事業計画を世話人へ周知する取り組みも期待します。

■利用者・家族、職員の地域への意識づけ

事業所の利用者は、法人の入所支援施設などから地域移行しており、日中活動はグループホーム入居前の施設で行われています。個別支援計画はグループホームと日中活動の2種類が作成され、管理者や職員、夜間・早朝に支援に携わる世話人が、支援の質の向上のため相互連携を密にし、取り組んでいる姿は評価に値します。しかし、利用者・家族・職員にとって、地域にあるグループホームへの移行ではなく、「施設」の延長という概念が抜けていない状況があります。そのため、グループホームに自治会が設立されていますが、家族の会については、移行前の入所支援施設に設置されています。利用者や家族にとって、地域のもつ意味とそこでの暮らしについて改めて検討することを期待します。

■世話人への研修の機会と業務マニュアルの早期改訂について

事業所として、世話人への研修の機会を十分に確保されていません。ホーム内にはプライバシーに配慮されていない掲示や、設備面においても配慮に欠ける状況が散見されます。法人としてプライバシー保護に関するマニュアルはあるものの、事業所としては未整備であり、世話人にはプライバシー保護についての研修が行われていません。今後、世話人にも研修の機会を設け、利用者に対する支援の視点を広げることを期待します。また、業務マニュアルについても、早期の改訂が望まれます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の評価結果を真摯に受けとめ、地域に生活することの援助について検討し、業務マニュアルの改訂とプライバシーに配慮した支援の向上に努めてまいります。

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： 平成 27 年 11 月 13 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)	グリーンホーム	事業種別	共同生活援助
所在地	〒 059-1365 苫小牧市字植苗 1 2 1 - 8		
電 話	(0144)51-8750		
F A X	(0144)51-8760		
E-mail	yukie_abe@ryokusei.or.jp		
U R L	http://ryokusei.or.jp/		
施設長氏名	尾野 聖一		
調査対応ご担当者	安部 幸江 (所属、職名：グリーンホーム支援課長)		
利用定員	32 名	開設年	平成 23 年 4 月 1 日
理 念	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	重度障害者を含むグループホームの運営		
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】（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	名	3名	2名	2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
3名	3名	7名	7名	3名	2名
					合計
					32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	1名	名	名	名
肢体不自由	6名	名	名	名	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	6名	名	1名	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
28名	4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	8名	名	名	名	24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
名	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7か月)

【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	世話人	
常勤	15名	1名	名	名	名
非常勤	22名	名	名	22名	名
	サービス管理責任者	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	1名	12名	名	名	名
非常勤	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	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	名 (名)
介護福祉士	3 名 (名)
保育士	3 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（星ヶ丘ホーム）

(1) 建物面積	216.56 m ²		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 3. 不詳
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 3. 不詳
(3) 建築年	平成	27年	
(4) 改築年	平成	年	

○成人施設の場合（たんぼぼハウス）

(1) 建物面積	102 m ²		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 3. 不詳
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 3. 不詳
(3) 建築年	平成	16年	
(4) 改築年	平成	年	

○成人施設の場合（スワン）

(1) 建物面積	169.75 m ²		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 3. 不詳
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 3. 不詳
(3) 建築年	平成	7年	
(4) 改築年	平成	年	

○成人施設の場合（ピーチ）

(1) 建物面積	128.34 m ²		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 3. 不詳
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 3. 不詳
(3) 建築年	昭和	63年	
(4) 改築年	平成	年	

○成人施設の場合（ジョージア）

(1) 建物面積	162.1 m ²		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 3. 不詳
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 3. 不詳
(3) 建築年	平成	13年	
(4) 改築年	平成	年	

○成人施設の場合（スマイル）

(1) 建物面積	129.18	m ²
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 3. 不詳
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 3. 不詳
(3) 建築年	昭和	58年
(4) 改築年	平成	年

○成人施設の場合（カトレア）

(1) 建物面積	63.4	m ²
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 3. 不詳
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 3. 不詳
(3) 建築年	昭和	50年
(4) 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 27年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

1人

・ボランティアの業務

掃除、利用者さんの話し相手、一部介助。

【実習生の受け入れ】

・平成 27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。

適宜必要に応じてホーム内で予定を聞いたり、意見を聞いたりする場を設けるようにしている。予定の提示などを行っている。日常のかかわりの中で担当者を中心に、ご本人の要望やお話などについては、職員間で情報交換し、対応できるようにしている。

【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。	a 法人ホームページや法人全体のパンフレット、事業所パンフレットに理念や基本方針が掲載されている。職員会議や、家族の会の総会でも説明が行われている

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	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 事業所が位置する植苗地区全体の事業運営状況や法人全体の状況を踏まえ、市の障がい福祉計画に定められた地域移行の目標値などを分析し、事業運営の方向性を検討している。
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 定期的に事業所の稼働率など現状の把握と分析を行っている。また、地域移行を行う上で重度重複障害者を受け入れるホームを新設し、対応できる人材の育成に取り組んでいる。

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。	c 中・長期計画は法人全体の計画の中で触れられているが、事業所としての中・長期計画及び予算が策定されていない。事業所の計画を策定し、明文化することで円滑な事業運営を促進していくことが望まれる。
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。	c 中・長期計画が策定されていないため、単年度計画への反映がなされていない。事業所の事業計画は具体的な計画ではなく、目標としての表記となっている。そのため、どのような方法で達成していくのかを職員や利用者などにもわかりやすく明示していくことが望まれる。
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。	c 策定した事業計画の説明は行っているが、世話人など一部の職員への説明や意見集約の仕組みが確立していない。業務に関することや接遇についてだけではなく、事業所の方向性についても全員で理解を深め、職員全員で達成に向けて協力していくことが望まれる。
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。	c 毎年5月の家族の会の総会で配布と説明を行っている。しかし、総会に参加していない家族へ理解を促すための取り組みは資料配布にとどまっている。利用者に対しては、毎月自治会の会合を開いており支援員も参加している。しかし、生活に直接かかわる事項を取り上げることが多いため、事業所が行っている業務内容を説明し、事業計画をわかりやすく伝えていく取り組みが望まれる。

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	委員会活動や、職員別の自己点検を行っており分野別の総括などは行っているが、事業所全体としての自己評価は行っていない。今回の第三者評価受審に際して自己評価は行われたが、それが全職員の取り組みとはなっていない。今後は全体の取り組みとなるよう仕組みを整えていくことに期待したい。
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	職員が行う自己点検などを総括し、課題を全体会議などで話し合い、職員の経験に合わせて理解しやすいよう話し合いや研修につなげている。待遇や、虐待防止など権利擁護につながる内容にも取り組んでいる。重度重複障がい者向けホームの開設により、新たなスキルや知識が要求されるため、法人全体で取り組む自己点検だけではなく、必要な内容についての視点を広げていくことに期待したい。

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	運営規程や職務分掌表で職務を明示している。また、管理者は、グリーンホーム通信や事業所内の通知文などで方針などを伝えている。職員には直接年度当初の職員会議で表明をしている。
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	法人のコンプライアンス委員会に所属している。北海道知的障がい福祉協会や行政の障害区分認定審査会などに参加するなど関連団体などから広く情報を収集し、法人施設長会議で障がい分野に係る法令等の様々な情報の共有に取り組んでいる。また、職員へ対して、会議等において遵守すべき法令等の内容の周知と理解するための説明資料を提示するなどの取り組みを行っている。
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。	b	全職員に対する面談を実施し、直接話し合いをする機会を持っている。利用者の自治会へ参加し、利用者ニーズが反映された支援目標の設定へつなげていくという方向性を示し、会議などで職員への意識向上を促している。しかし、世話人を含め、職員全員が集まる会議がないため、事業所全体として提供するサービスの標準化や質の向上への取り組みを期待したい。
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。	a	公用車の使用や職員の増員など、複数のホームを運営する事業所ならではのスケールメリットを活用し、利用者支援の充実に努めている。権限移譲を行い責任を明確にすることにより素早い対応やスムーズな業務を行っている。

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。	b	事業所の増設やノーマライゼーションの実現のため職員の増員と質の向上を目指し、法人として人員確保に取り組んでいる。しかし、募集を行っても応募がないなど計画通りに進捗していない状況となっている。今後も採用が難しいことが予測される中、離職を抑えどのような方法で採用や資格取得に結び付けていくかなど、事業所として検討していくことが期待される。特に、世話人の教育は事業所ごとに行われているため、研修の内容も含め工夫していくことに期待したい。
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明確に示されており、すべての職員が目指していく指針として共有されている。正職員に対しては、入職時に先輩職員から法人の姿勢や職員としての心構えを含め、同じ職域に限らず、幅広い学びが得られるようチューターを配置している。また、キャリアパス、人事考課が実施され人事基準も周知されている。今後は、正規職員のみではなく、グループホームの日常的な業務を行う世話人などの非正規職員や嘱託職員に対する取り組みについて充実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り組んでいる。	a	労務管理責任者が配置されており、就業状況の把握や相談窓口を設置している。利用者の生活に合わせた支援のため勤務時間外であっても他の職員が代行できない残業が発生することがあり、止むを得ず残業となった場合も申告手続きを行うよう職員会議や日々の業務時に伝えている。また、業務が特定の職員に偏らないように業務状態を把握し、業務過多とならないよう配慮するとともに、毎月の有給休暇の取得状況を含め勤怠管理を行っている。有休消化率が低い職員には、利用者の多くが帰省する時期に計画的に取得するよう促すなど、職員の疲労が蓄積したりモチベーションが低下しないよう取り組んでいる。
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	正規職員は目標管理を行い年2回の面談を行っている。しかし、世話人については人事考課制度が適用されていない。今後ますます職員の採用が難しくなることが予測されるため、雇用形態にかかわらず職員が意欲的に業務に向かうための仕組みづくりに期待したい。
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	法人として年間研修計画があり、職員の職位や業務などに合わせた参加を行っている。また、本人の目標設定に含まれていれば外部研修に参加し、他法人の運営を学ぶことなども含め広い視野を持った人材の育成を目指している。キャリアパスがあるが、職員からの自発的な研修参加は少ないため、職員の自らのキャリア形成や資格取得への意識を高め、目標設定に沿った取り組みができるよう支援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	正規職員はチューター制度があり、職業人として、また福祉職としての姿勢を学ぶことができる。施設内研修、法人内研修、外部研修など様々なテーマについて学ぶことができる環境があるため活用していくことが期待される。世話人については、業務に関するものの研修が行われているが、指示された業務の遂行だけでなく、世話人一人ひとりの業務手順が適切であるか判断できるよう知識の向上を図り、利用者の安全な生活環境づくりを行っていきけるよう取り組んでいくことに期待したい。

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 法人に窓口があり受け入れを行っている。事業所のサービスの特性として、日中の活動を終えた利用者が帰ってくる場所であり、提供される支援は夜間や土日に集中するため実習生を受け入れるのは難しい。実習の希望には応じているため、マニュアルや受け入れのための体制整備を進めていくことを期待したい。

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	法人ホームページで理念や基本方針、法人全体の施設の運営や決算について公開を行っている。「グリーンホーム通信」を発行し、行事や利用者の様子の紹介や苦情解決の申し立て方法や仕組みについて周知を行っている。しかし、法人ホームページの情報が現状のホーム数や定員に改定されていないため、運営内容に変更があった場合に情報を更新していく仕組みづくりに期待したい。
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	年3回の監事監査や毎月の会計法人による監査を受けている。預かり金の管理規定や執行計画書があり事業所の役割分担に担当者が明記されている。しかし、利用者の小遣い管理について各ホーム担当者が定められているが、マニュアルが未整備となっているため、その整備を期待したい。

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。	a	地域の中にある事業所のため、それぞれの事業所が町内会に加入し、近隣住民とあいさつや商店の利用を通じて交流を行っている。利用者は長期間施設に入所していたケースが多いため、職員がスムーズな交流ができるよう町内会行事と一緒に出席するなど支援を行っている。
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	法人のボランティアマニュアルがあり、法人全体の行事の際に受け入れの実績がある。またクリスマスケーキの寄贈などがある。今年度よりボランティアを受け入れており、今後は利用者の様々なニーズにボランティアを活用することにより生活の幅が広がる可能性もあるため、事業所の特性に合わせた受け入れ方針や手順書などを整備し、運用する職員全員が理解し利用者に周知していくことを期待したい。
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	市の自立支援協議会に参加しており、地域資源について広い知見がある。また、重度重複障がい者向けのグループホームの設立や利用者の高齢化など、医療や介護との連携なども含め他の社会福祉施設と情報交換を行っている。しかし、職員全員に周知されていないため、社会資源や連携先などを理解する機会を作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 管理者が法人の社会貢献推進委員会に所属し、近隣小学校の交通安全運動に参加している。いきいき健康教室の開催や住民サポートなどにも取り組んでいる。今後は、法人で実施している市民向けの認知症カフェや講座の周知を事業所周辺の住民に対しても行い、参加を呼びかけるなどの取り組みを期待したい。
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。	a 法人全体の委員会である社会貢献推進委員会がある。事業所が所在する地区の町内会から法人に期待することを聴取し、意向を確認している。利用者と一緒に近所の除雪の手伝いを行ったり、職員が事業所を訪問することで地域の見守りの一助となるなど、自然な形で協力をを行っている。住民の安全に係る活動に取り組んでおり、交通安全の見守りや子どもへの交通事故防止の啓発活動を行っている。市民向け健康講座も継続するほか、今後は災害時の協力などを含めた活動の推進を検討している。

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	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	「心に寄り添い、笑顔でサポート」を基本姿勢とし、特に新人職員は、利用者の気持ちを汲み取り落ち着いた態度で接する支援に取り組んでいる。法人に虐待防止委員会があり、虐待防止対応規程が整備されている。職員一人ひとりに年2回、虐待防止に向けたセルフチェックリストを配布し、振り返りを行っている。また、職員会議や主任オリエンテーションなどでも利用者を尊重した支援を共有し、管理者がOJTにより虐待に関する周知を行っている。法人の重点目標に掲げていた虐待に対するマニュアルの整備など早期に策定し、世話人を含めて職員研修を実施することに期待したい。
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。	c	プライバシー保護マニュアルは整備されていない。事業所内には、プライバシーに配慮がなされていない掲示もある。また、居室は主に個室で自由にくつろげる造りになっているが、部屋のドアが常時開け放たれている。今後、虐待防止対応マニュアルの整備と併せて、プライバシー保護マニュアルの策定に早期に着手し、職員や世話人の意識を変え、支援方法を見直していくことが望まれる。
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	法人ホームページ及びパンフレットで事業所が提供するサービス内容などの情報提供を行っている。他のサービスが必要な場合は、相談事業所と連携し、対応している。体験利用の問い合わせには支援課長が対応しており、事業所への入所が難しい場合には、他施設の利用も視野に入れ取り組んでいる。今後、法人ホームページの更新を適時行い、利用希望者に対して随時情報を発信していくことに期待したい。

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	契約時に契約書、重要事項説明書、運営規程の説明を行い同意を得ている。家族には、文書を郵送するとともに電話で連絡し同意を得ている。しかし、利用者の重度重複化や家族の高齢化により同意を得ることが難しくなっている。今後、契約手続きが困難な利用者の理解度に応じたマニュアルを整備するなど、その特性に配慮した支援に期待する。また、地域移行した各ホーム利用者の家族の会は未設立であり、利用者・家族が共に地域で生活していくことを意識できるよう家族への情報提供の取り組みに期待したい。
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・施設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	施設の変更や自立を視野に入れた地域移行に際しては、法人内の入所支援施設などとの連携を図り、利用者とその家族に退所後の支援やアドバイスを行っている。また、利用者に対する日中活動などの支援は法人で対応している。事業所の変更先は、法人内が中心であるが、他法人への移行も見据えて引き継ぎ文書を整備し、サービスの継続性に配慮した取り組みに期待したい。
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	写真入りの調査票を用いて嗜好調査を行い、朝食・夕食の献立に反映させている。居室のベッドやマットレスは利用者のADLを考慮し、高さなどを一人ひとりの状況に合わせて支援している。利用者の自治会で毎月の行事への希望・感想などを聞き取っているが、土日の生活について利用者の選択肢が少なく、全ての希望には応えられていない。また、個々の要望については十分に記録されていない。今後、利用者の希望などを細かく記録し、利用者の満足度に沿える仕組みづくりに期待したい。
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。	b	法人に苦情解決要綱が整備され、法人家族の会と第三者委員、法人役員からなる法人の運営適正化委員が苦情解決に当たっている。また、事業所玄関先への掲示や事業所機関誌にて家族にも周知を図っている。しかし、掲示はふりがなが振られているが、字が小さく見えづらいため、分かりやすい表示に配慮する取り組みに期待したい。
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	利用者が相談する職員を選べるよう、事業所内のカレンダー日付ごとに世話人の勤務日をカード形式で色分けし添付している。世話人の氏名は平仮名で記載され、利用者へ配慮がなされている。利用者の意思疎通の状況に応じ、ジェスチャーなどで対応もしている。今後、より意見聴取の環境整備としては、利用者や家族への情報誌である「グリーンホーム通信」にも第三者委員会委員の顔写真を添付するなどの試みも必要である。さらに自治会の機会を利用して資料を配布するなど、継続して伝えていく支援に期待したい。
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	利用者から相談や意見があった場合には、苦情解決と一体的に運用される仕組みとなっており、職員会議や日中活動で表出された意見は、世話人への申し送りを通じて職員が共有し、改善に取り組んでいる。しかし、相談や意見を受けた際の記録方法や報告の手順などのマニュアルは整備されていないため、今後は対応マニュアルを策定するなどの取り組みに期待したい。

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。	<p>b</p> <p>法人のリスクマネジメント規程が27年9月から施行され、リスクマネジメント委員会を設置している。施設では事故・ヒヤリハットの分析、防止対策の検討会をヒヤリハットが発生した月に開催し、薬の誤配や服薬忘れなどを検討している。薬の重要性については、職員が世話人一人ひとりに直接説明し、引き継ぎ漏れがないかなどの確認を行っている。また、ヒヤリハットのデータは職員共通フォルダーに記録され、職員が共有できる仕組みになっている。しかし、予見不可能なリスクもあるため、法人ではリスクマネジメント規程の施行を受け、マニュアル整備も検討していることから、より多くのリスクに関する情報を収集し、継続的な体制づくりに期待したい。</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>c</p> <p>法人に感染予防対策委員会が設置され、対策として手洗いやうがい、マスクの着用のほか、利用者に対する予防接種などに取り組んでいる。事業所に疥癬やインフルエンザへの対応マニュアルが整備されるとともに、食中毒の対応マニュアルも整備されている。しかし、職員や世話人がグループホームで支援にあたる基本となる業務マニュアルは、感染を防ぐものとしては不十分な内容であり、即時の回収や手順書の改訂を検討するとともに世話人などへの再研修を行うことが望まれる。</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>法人全体に防災計画が整備され、避難誘導・総務物資・設備点検・救援救護など6つのカテゴリーに班編成され有事に機能する体制が敷かれている。火災を想定した年2回の防災訓練は、利用者の日中活動を考慮した土日に行われ、内1回は夜間を想定して実施されている。防災マニュアルは、火災や地震だけでなく停電発生時や二次災害防止における事業所機能の維持管理についても整備されている。</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。	<p>b</p> <p>利用者へのサービス提供場面における食事・入浴・排泄や、移動などにおける詳細なマニュアルが整備され、利用者へのサービス提供がされている。重度重複障がいの利用者が増える中で、事業所としてそのスキルアップも検討している。利用者一人ひとりに対するサービス提供はその多様性から画一的とはならないが、日々の一連の流れというような標準的な手順は文書化されていない。職員のマニュアルの熟知とその実践は評価に値するが、今後は、世話人に対する業務マニュアル活用の手順書などを作成する取り組みに期待したい。</p>
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。	<p>b</p> <p>法人内に、施設の垣根を越えてハード面やソフト面などを改善していく委員会「Let's KAIZEN」があり、夜間の利用者の不安定感解消への支援方法などが協議されている。また、月の個別支援会議において、利用者への支援方針や利用者同士の関係に基づく支援方法について、意見交換を踏まえた見直しが行われている。今後もサービス提供場面でさらに必要なことや不変とするものなどを、再度自己評価をする仕組みづくりの確立に期待したい。</p>

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 利用者の日中活動を鑑み、事業所における利用者一人ひとりの特性、身体状況、夜間などの生活状況をアセスメントで把握し、統一した様式で策定している。作成に当たっては家族へ聞き取りし、担当者の意見を反映させながらサービス管理責任者が計画案を策定した後に、全体会議に諮り策定している。
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 個別支援計画の見直しは、半年に1回、利用者やその家族と個別面談し、策定会議を行っている。月ごとの利用者の状況や変化は、月1回の個別支援会議で報告され、入院や通院するなど、計画を変更する場合も利用者家族への報告と同意、医療機関との連携などの手順が定められ、評価・見直しにも対応している。
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 職員間の情報の共有は、事業所業務日誌及び申し送り事項で利用者の状況などが夜勤職員や世話人などに伝達される仕組みになっている。利用者の日中活動の状況は連絡ノートにて施設と共有している。また、日々の支援状況を把握するために業務日誌に基づき職員会議においても共有がなされている。しかし、職員により記載の分かりやすさに差があり、記録の内容についても十分に統一できていない。今後は、利用者支援記録内容の共有化のため、記録要領の作成、職員会議への世話人の参画など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。	a 法人に個人情報保護規程が整備されるとともに、利用者個人情報の保護に関する基本方針が定められ、利用目的の例などのマニュアル化がされている。また、個人情報の利用と第三者への提供に関する同意書も事業所と利用者間で交わされている。管理するパソコンにもアクセス権を定めて一般職員はアクセスできないようになっている。