

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2025 年 5 月 30 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 御中

〒 004-0072

住所

札幌市厚別区厚別北2条4丁目1-2-1901

電話番号 011-558-0058

評価機関名 会社ソーシャルリサーチ

認証番号 北海道 23-003号

代表者氏名 代表取締役小野寺さゆみ

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116号
	(2)	平林ふじ子	福祉医療保健	第82号
	(3)	百合野 潔	総合	第238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	社会福祉法人緑星の里			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2024 年 7 月 22 日	～	2025 年 3 月 21 日	
利用者調査実施時期	2024 年 8 月 5 日	～	2024 年 9 月 13 日	
訪問調査日	2024 年 11 月 25 日	～	2024 年 11 月 26 日	
評価合議日	2025 年 3 月 1 日			
評価結果報告日	2025 年 5 月 30 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無		☒ 同意あり ☐ 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

株式会社ソーシャルリサーチ

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 大塚登志樹

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

■管理者のリーダーシップ

グリーンホームは6カ所のグループホームで、30名の利用者を受入れています。ホームごとに運営に差が生じないように、管理者が利用者と世話人と直接話をする事で利用者満足度を高め、職員が不安なく働けるようにしています。世話人は各ホームで単独勤務を行うことが多いため、世話人会議を開催し、ホームごとのチームワークを高めています。さらに接遇や支援方法においてホームにより差異を生じないように、ホームを横断した情報交換の場や情報伝達がもれなくできるよう随時支援員に確認をしています。また定期的に全職員に対し面談を行い、支援についての悩みを聞き、助言を行っています。利用者家族に対しても、ホームの様子を知ってもらい、利用者と接する職員との顔の見える関係を作るためホームだよりで職員の写真やメッセージを掲載し、安心や相談しやすさなどにつなげています。令和6年度から始まった利用者の自己決定支援の推進に意欲をもって取り組んでいます。

■ホームごとの特色と居心地の良い環境作り

6カ所のグループホームは民家改装型や新築の建物で、ホームごとに築年数や雰囲気、間取りが異なります。しかし、共通して清掃が行き届いており、整理整頓が徹底しています。職員は衛生管理マニュアルや衛生管理チェックリストを用いて環境整備に力を入れています。また建物周りの清掃等も利用者と一緒に行うなど、利用者が自分の家として感じられるように工夫しています。ホーム毎に自治会があり生活上のルールは利用者同士が話し合いお互い納得できるよう職員が支援しています。職員の一方向的な支援だけでなく、利用者も自分の住む家として協力して生活環境を整えています。

◇改善を求められる点

■事業計画と福祉人材の確保・定着に係る事業計画書の作成

人員体制に関する計画はありません。ホームの配置基準を遵守し、職員に欠員が出た場合に人員を補充しています。また、正職員の育成や研修計画はありますが、嘱託等についての研修は、世話人会議を活用することで、取組が始まったばかりです。今後は利用者の重度重複障害への対応だけでなく、高齢化に伴う支援も必要となります。重度重複障害者の地域生活を支えるという業務には、雇用形態によらず専門的な知識と技術は欠かせません。また、今後事業所の課題として挙げている利用者的高齢化への対応や事業展開においても、看護師等の専門職の雇用や連携について検討することが必要です。世話人を含めた職員の定着は、利用者の安心につながることはもとより、専門性のある支援にも影響を及ぼすことから、福祉人材の計画的な確保と育成について取組むことを望みます。

■苦情解決の仕組みの構築

ホームごとに、利用者の権利や相談苦情について受付けることを掲示しており、利用者に対する職員の権利擁護の姿勢と、利用者自身が困りごとや嫌なことを職員に伝えることができることをわかりやすく伝えています。法人として、苦情申し立て及び解決方法、虐待通報システムを構築し、利用者にも伝えています。しかし、第三者委員の連絡先が同法人の事業所の番号になっていたり、苦情相談の受付に係る職員の教育は十分ではありません。また、ホームでアンケートを行ったり、苦情解決状況を公表していないなどの課題があります。意見箱を設置するなど、利用者が複数の方法を選ぶことができるようにすることも大切です。今後は、第三者委員の連絡先を明らかにし、苦情解決状況を公表すること、また寄せられた苦情をもとに改善を行う仕組みを構築していくことを望みます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度ご指摘が頂きました5事項について、真摯に受け止め、当該事業所として早期解決・改善に向け、計画的な取組を進めて参ります。

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： 令和 6 年 8 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)	グリーンホーム	事業 種別	共同生活援助
所在地	〒 059-1365 北海道苫小牧市字植苗121番地8		
電 話	0144-51-8750		
F A X	0144-51-8760		
E-mail	t_higasimoto@ryokusei.or.jp		
U R L	http://ryokusei.or.jp		
施設長氏名	東元孝洋		
調査対応ご担当者	(所属、職名：)		
利用定員	30 名	開設年	平成 23 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、共に育て合う 共励共働 共に励まし合い、共に働く 共慈共愛 共に慈しみ合い、お互いに愛し合う 共支共老 共に支え合い、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及 ・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： 重度知的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)		1 回 平成 28 年 11 月 30 日	
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 6年 8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
0 名	0 名	0 名	2 名	1 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
1 名	3 名	3 名	5 名	9 名	3 名
					合 計
					30 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	1 名	3 名	1 名	1 名	1 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	1 名	3 名	2 名	1 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
28 名	2 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
3名	名	名	名	1名	2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	1名	1名	名	7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	15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： 9年)

【職員の状況に関する事項】(令和 6年 8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	支援員	世話人
常勤	12名	1名	1名	10名	名
非常勤	30名	名	名	4名	26名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名
		介助員	調理員等	医師	その他
常勤	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	4名 (6名)
保育士	名 (3名)
准看護師	名 (1名)
栄養士	1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	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
(3) 建築年	平成	27 年	
(4) 改築年	平成	年	

○成人施設の場合（たんぽぽハウス）

(1) 建物面積	102 m ²		
(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	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	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
(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	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
(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	☐ １．はい	☒ ２．いいえ
	耐震	☐ １．はい	☐ ２．いいえ
（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	☐ １．はい	☐ ２．いいえ
	耐震	☐ １．はい	☐ ２．いいえ
（３）建築年	昭和	58 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】

・令和 6 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】

・令和 6 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。

毎月のホーム別利用者自治会により、意見聴取を実施。他日常的な個別の利用者との会話や関わりにおいて職員間での情報共有を図り、ご本人の意見や要望に対応している。

【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。	b 法人ホームページのトップ画面に基本方針を掲載しています。また、基本方針の「支え合って共に生きる」を各ホームに掲示しています。事業所では、理念と基本方針を踏まえ利用者の地域生活を支援するために職員が毎月法人理念の五共の精神を唱和しています。利用者の障害特性による個性が高く、職員はホームごとに単独で勤務することが多いため、特に世話人に対して業務に対する意識づけの根幹となる理念と基本方針の更なる周知の取組みを期待します。

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 法人の支援事業部が事業環境の把握と分析を担当しています。国の方針で施設から地域への移行の流れが更に強まることを鑑み、重度重複障害の支援実績のある事業所の強みと将来ビジョンについて検討をしています。事業所では、グループホームの所在する地区で比較的重い障害を持ちながら地域生活の希望を持つ障害者の自立支援を行う事業所の特色を踏まえて、法人内他施設からの地域生活の希望者等の把握をしています。
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b 毎月、事業所の利用率の分析を行っています。また法人内に2つの共同生活援助事業所がありそれぞれ複数のグループホームを所管しています。事業所では、特に重度重複障害者の地域支援を行っています。双方のグループホームの運営方針の確認や、ベストプラクティスの共有なども有効です。運営の課題として認識している職員確保や、今後利用者の高齢化による介護保険サービスへの移行などへの対応方針の決定が必要です。利用者の高齢化に対応した職員教育や利用者の健康管理についても検討を行うことを期待します。

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。	b 令和6年度から8年度までの法人の中期計画と、障害者部門を統括する支援事業部それぞれの中期計画があります。事業所の中期計画は上位計画を踏まえて作成していますが、方向性や重点課題を示すのみで具体的な内容とはなっていません。中期計画において数値目標や具体的な成果の設定などを行い、現在展開する6カ所のグループホーム運営に関し、単年度では達成できない課題に段階を踏んで取組めるような内容とすることを期待します。

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。	b	事業所の事業計画とホーム毎に行事計画を作っています。事業計画は目標の設定のみで、具体的な計画になっていません。また、法人の重点目標から事業計画を立案しているため、事業所の課題に対する計画を網羅していません。今後は、事業所の特性や課題分析を踏まえ独自の課題についても計画に盛り込んでいくことを期待します。
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。	b	事業計画の策定は管理者を中心に行っています。またホーム毎の行事計画の作成に職員が参加しています。事業計画は全職員に配布しており、正職員は事業計画の総括を中間と期末の年2回実施しています。事業報告を作成し、年度の事業の見直しを行うこととなっていますが、計画に具体的な数値目標等を定めていません。実施状況の確認とともに客観的な評価に世話人を含め職員全員で取組んでいくことを期待します。
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。	b	各ホーム毎に、年度初めの利用者全員が参加する自治会で事業計画の利用者の生活に関わる内容をわかりやすく説明しています。また、事業所自体では家族会がありませんが、利用者の参加する日中活動ごとの家族会でも事業計画を伝え、事業計画を渡しています。毎月行っている自治会で、事業計画の実施について利用者意見の集約などを行い、次年度計画に活かしていくよう仕組み作りを期待します。

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	コメント
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	法人の内部監査委員が行う監査を受けています。また、法人内他施設の職員が違う事業所の監査を行うことで他施設の優れた取組みや改善点を取入れています。また、年2回職員個人の自己評価を実施していますが、職員一人ひとりの成長や人事考課を目的としており事業所全体のサービスの質に関する分析は行っていません。今回の福祉サービス第三者評価の自己評価についても副主任以上の役職者が行ない職員全員が参加していません。今後は、全職員の参加のもと、質の向上に取組んでいくことを期待します。
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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	内部監査の結果等は、全体会議で話し合い改善策の検討をしています。しかし、評価結果の分析について文章化はしていません。また、各ホームの担当で構成するリスクマネジメント等の委員会で、全ホームの質の向上について取組んでいます。世話人も含めて全職員で共有することや、単年度で解決できないものについては中長期や次年度事業計画への反映を行っていくことを期待します。

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	管理者の職務は運営規定や職務分掌に明記しています。またグリーンホーム通信にて、家族に対して運営状況や方針を伝えています。有事における管理者の役割と責任についてBCPに明記していますが、不在時はその場にいるものが判断することになっています。災害時等における権限移譲についても明記することを期待します。
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	管理者は法人のコンプライアンス委員会に所属しています。また、北海道知的障がい福祉協会等に参加して事業に関する情報や関係法令の改正などの収集をしています。職員に対し、交通ルールや労働法に関する働き方の研修を行っています。利用者への虐待防止のために「虐待ゼロへの誓い」に毎年職員全員が署名し、各ホームに掲示しています。各種チェック表で職員の支援が適切かどうかを確認していますが、法令等に関する研修を充実し、チェックリストが有効に機能するよう取組むことを期待します。
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	管理者は利用者が滞在している土日を中心に、利用者と職員の様子を見るために各ホームを回っています。世話人は各ホームで単独勤務を行うことが多いため、接遇や支援方法がホームにより差異を生じないよう確認しています。グループホーム別に職員会議を行って事業所全体の支援の質の向上に努めています。定期的に全職員に対し面談を行い、支援についての悩みを聞き、助言を行っています。
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	正職員だけでなく、世話人も参加する会議を行うなど、職員からの意見を集約する会議により、情報伝達を適切に行うように工夫しています。各ホーム毎に施設や設備が異なることから、職員からの提案書により物品購入等、運営上必要な物品等の供給を行っています。事業所と6カ所のホームが分散しているため、利用者等の情報の集約や記録が課題となっています。職員への研修を含めICTの利活用の検討を含め、効率的な運営を行うことを期待します。

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	事業所として、人員体制に関する計画はありません。ホームの配置基準を遵守し、職員に欠員が出た場合に人員を補充しています。今後は利用者の重度重複障害への対応だけでなく、高齢化に伴う支援も必要となります。世話人を含めた職員の定着は、利用者の安心につながることはもとより、専門性のある支援にも影響を及ぼすことから、福祉人材の計画的な確保と育成について取組むことを望みます。

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としてTACを定めています。事業所とグループホーム内の世話人の部屋にTACを掲示し、毎年、職員が読み合わせを行っています。人事考課と人事基準を定めるとともに、人事考課者マニュアルを備え、公正に判断できるようにしています。考課者に必要な知識としてコーチングスキルを設定しており、法人として研修を行っています。しかし、正職員に対して人事管理を行っていることから、世話人を含め全職員に対して必要な人材育成を行っていくことを期待します。
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。	b	職員面談は、正職員が年2回、世話人は年1回実施しています。職員面談記録があり、聴取した内容を記録しています。職員の悩みや相談に応じる相談窓口を法人として設置しています。有給の取得率についての方針はなく、職員毎に計画的に取得していますが取得率は5割を下回っています。有給休暇の取得方針を定めるなど、正職員と嘱託職員等、雇用形態によらず働きやすい職場づくりを進めていくことを期待します。
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	法人全体で人材育成の基本方針を定めています。また、一般職ガイドラインとして支援員、看護師、栄養士、調理員の課業や基本指標、期待指標を定めています。正職員については、目標管理を行っており、嘱託はチェック表があります。職員の育成については評価結果を次年度の研修計画に反映するなど、組織的に取り組んでいくことを期待します。
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	法人の職員研修計画として、階層別、課題別研修があり、それを基に事業所として研修計画を作成しています。しかし、職員の勤務時間の関係で受講が難しい状況があります。また、職員の人材育成の基本方針の中では具体的な専門職の育成については触れていません。今後は業務に必要な研修内容について検討するとともに、面接等の情報からも世話人を含めた職員に必要な研修を計画していくことを期待します。
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	正職員はチューター制度があり、先輩職員からの指導を受けながら業務を覚えています。事業所では「虐待防止・権利擁護」「情報セキュリティ」「安全運転」「強度行動障害」などの研修に職員が順番に参加しています。また、世話人には各ホームで行う世話人会議の中で研修を位置付けています。しかし、計画的な研修やその浸透や実践の評価にまで至っていません。今後は、一人勤務で利用者に直接接する機会が多い世話人にも必要な研修を定期的に受講できる仕組み作りを期待します。
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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	法人が実習生受け入れの窓口となっています。ホームの業務の特性上、日中の利用者支援がないため令和6年度の実習生の受入れはありませんでした。法人として実習生の受入れ方針がありますが、今後、実習生の希望に応じて受け入れの可能性もあることから、実習生受け入れマニュアルを整備していますが、平成30年から更新していません。今後は、事業所としても実習生に対し提供できる知識や経験について検討し、福祉人材の育成の協力を行っていくことを期待します。

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	法人のホームページがあり、公開情報ページに法人の提供するサービスや法人全体の現況報告や事業報告、決算報告書を掲載しています。第三者評価の結果や苦情相談に基づく改善状況等については掲載していません。毎月発行する法人の機関紙があり、事業所の予定を掲載していますが、配布先は限定的です。今後は事業所のサービスの特色と共に福祉サービスの質の取組に関する内容や、苦情等への対応についても公開していくことを期待します。
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	法人として、経理等の規定を整備しています。事業所では年4回の監事監査と、毎月会計法人監査を受けています。事業所として、役割分担表を作成していますが、経理に関する担当者を記載していません。また、各ホームにて小口現金を5千円を上限として保管するほか、金銭管理の必要な利用者は小遣い帳を記載し、支援課長がチェックするほか、毎年家族会の監査を受けています。事業所で扱う小口現金の保管や記録についての細則や、利用者からの預り金の使途などで利益相反が起こらないよう成年後見制度を活用するなど、より適切に管理運用されるよう検討していくことを期待します。

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	各グループホームは所在する地域の町内会に加入しています。町内にある商店に買物に出かけたり、近隣住民と挨拶を交わすようにしています。町内の商店に法人の祭りのポスターの掲示の協力をしてもらっています。利用者は地域の行事等に参加していましたが、コロナ禍以降は世話人が同行することができないため参加する機会が減少しています。今後は、感染対策も行いながら地域との交流を再開することを期待します。
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	ボランティア受付は法人本部が窓口となっており、法人のボランティアマニュアルがあります。家族がボランティアとして協力することもありましたが、今後は家族の高齢化などで担い手が不足することも考えられます。事業所としてボランティアの受入れ方針やどのような内容のボランティアを募っていくのかを明確化することや、利用者の個別の希望に応じてボランティアを活用し生活の幅を広げていけるよう取組むことを期待します。
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	管理者は、市の社会福祉協議会施設連絡協議会に所属し、年1回の会合に参加しています。事業所で作成した「関係機関・事業所一覧」があります。市内の各機関の住所と電話番号を記載したもので各ホームの世話人が状況に応じて連絡を取っています。関係機関一覧表は住所と連絡先の記載のみとなっているため、利用者の希望やニーズに合わせて活用していくためにも職員に対し社会資源の概要や活用方法、ネットワーク構築についても伝えていくことを期待します。

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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	b	自立支援協議会や同法人の相談支援事業所を通じて地域の情報を収集しています。また、管轄するホームが多い植苗地区について、独自に地域の状況の把握に努めています。今後は、事業所の持つ重度重複障害者の地域生活について培った知見から新たな地域課題を洗い出すなど、積極的な取組を期待します。
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b	管理者は、法人が組織する社会貢献推進委員会に参加しています。事業所と、所管するホームの多くが所在する植苗地区の交通安全運動に参加しています。また、災害時の地域との協力関係の構築や地域からの避難者の受入れなどについても検討していく予定となっています。今後は、地域との協定や、事業継続計画にも地域からの避難者の受入れなどについて明記し、地域の安全確保も視野に入れながら非常時に備えていくことを期待します。

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	倫理綱領を職員会議で唱和しています。理念、基本方針などを職員が支援の基本と捉え、共有しています。不適切ケアに関するチェックリストは、表情編、言葉編があり、毎年世話人も含め確認を行っています。利用者の意思決定支援のための研修に参加しています。虐待防止・権利擁護の研修の受講者も1名にとどまり、内部研修も行っていない。また、職員から希望のあった合理的配慮の研修は未実施となっています。今後は事業所として、人権への配慮についての学びの場を提供することや、職員の利用者の尊重に係る学習意欲を迅速に取入れ、職員全体に周知していくことを期待します。
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b	事業所独自のプライバシー保護に関するマニュアルを作成しています。しかし、マニュアルの文言が「～に配慮する。」など抽象的な表現のため、何をどう行うことで配慮になるのかを明記していません。入職時に職員が繰返し説明を行っていますが世話人によってプライバシー保護についての意識が統一されておらず、共有する機会も設定していません。プライバシー保護と安全確保のバランスが難しいこともあり、今後は支援場面において具体的な内容をマニュアルに明記し、世話人を含め全職員への研修を行うことを期待します。

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 法人の相談支援所や通所系事業所等にパンフレットを設置しています。利用の問合せには支援課長が窓口となり、見学や体験希望者には利用料金表や日課を渡し個別に対応しています。パンフレットには利用者の写真とともに、文字にもルビを振るなどの配慮をしています。事業所のホームページには事業所の特色や、利用料金表がないなど、選択する際の情報が十分かどうかの検討が必要です。また、パンフレットやホームページには建物外観の画像はありますが、生活をイメージできるような建物内部の画像もありません。今後は、利用を検討する際に必要な情報を積極的に提供することを期待します。
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 利用者が理解しやすいよう、利用契約書や重要事項説明書にルビを振っています。契約時の説明が利用者本人に難しい場合は家族や後見人へも書類を郵送し電話で説明しています。現在、身体拘束が必要な利用者はいませんが、緊急時やむを得ない身体拘束に関する説明・同意書に同意を得ています。また、個別支援計画は利用者説明し、同意を得ています。今後は利用者の理解度に合わせた契約時の説明の工夫をマニュアル化することや、個別支援会議等に本人や支援を行う世話人が参加していくなど、利用者意見の尊重を進めていくことを期待します。
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 地域や家庭への移行はほとんどなく、同法人の入所施設へ移行したケースが多くなっています。法人内の受入れ先の窓口の担当者は決まっており、常時連携が取れています。同法人のため、移行に際しての対応記録の様式はありませんが、アセスメント等をはじめ、利用者の記録様式は統一したものを活用しているため、情報の移行をスムーズに行い、利用者の生活習慣の継続等に配慮しています。今後は医療施設等他法人への変更や家庭への移行の場合も想定して、支援サービスの継続性を確保するための対応策や引継ぎ文書並びに手順書を作成することを期待します。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b 利用者の意思決定支援のため、世話人を含め研修を行い職員間で共有しています。ホームごとに自治会を毎月開催し利用者の要望や意見、行事の感想などを聴取しています。会議での発言が難しい利用者から個別に要望を聞き、活動に取入れたりサービスの改善に繋げています。また世話人会議を開催し、世話人の困りごとや成功事例を共有し支援に活かしています。家族へは毎年支援計画見直し時期に要望を聞く機会があります。しかし、生活全般についての満足度調査など細かな項目でのアンケート調査は行っていないことから、今後は利用者や家族が具体的に回答しやすい形式での満足度調査を実施し、結果を分析し支援の向上へ繋げることを期待します。
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 法人で苦情申立て及び解決方法のフロー図を作成し、入居時に利用者や家族へ周知しています。しかし、フロー図や重要説明に記載している第三者委員への連絡先電話番号は法人内の事業所の番号となっています。また、苦情受付の公開も行っていない。今後は職員に苦情対応についての研修を行うとともに、利用者の視点に立って苦情解決の仕組みを見直し、定期的に利用者や家族へ周知し、仕組みが適正に機能することを期待します。

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	世話人や支援員は日頃から利用者とコミュニケーションをはかり、相談や意見を話しやすい雰囲気や信頼関係を築いています。日中活動からの引継ぎや利用者の様子から声掛けをし困りごとや日中活動での出来事を聞くこともあります。事業所内に相談意見を受付ける旨の掲示がありますが、投書箱など、匿名性のある方法で意見や要望を伝える仕組みの工夫も大切です。今後は意見や相談の受付や記録にホームごとにばらつきがないよう職員研修を行うことを期待します。
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	令和6年度から世話人が利用者からの要望等を代弁して提案書を作成し、管理職まで声が届くようにしました。また世話人や夜勤者から支援員に連絡が取れる時間帯を記載した連絡表を作成し、利用者からの相談等の報告に活用しています。しかし、相談や意見の記録方法や報告から対策、検討の流れやマニュアルはありません。今後はどの職員も同じ手順で対応できる仕組みの構築を期待します。
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	ヒヤリハット綴りを備えリスクマネジメント規程を策定しています。職員が事故防止に係る研修を受講していますが、伝達研修については世話人が一同に集まらないため、個々に説明している状況です。投薬マニュアルがありますが、長年に渡りマニュアルによらない薬の支援を行っており、誤薬が改善していない状態です。法人のリスクマネジメント委員会が作成した各マニュアルは、法人一律のものでサービス種別や利用者特性等を考慮していません。マニュアルのカスタマイズが不十分なため現場に即したものになっていません。事業所では、世話人が一人で勤務している状況もあり、業務の拠り所となるマニュアルに沿わない支援が常態化している場合は早急にマニュアルの見直しと業務への反映を期待します。
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	感染症及びまん延防止のための指針を策定しています。感染症BCPを策定していますが、コロナウイルス感染症に特化した内容になっていません。感染対策研修に職員が参加していますが、職員会議で報告会を行っているため、世話人と共有していません。吐瀉物の処理キットと手順を各ホームに設置していますが、実務研修は職員全員に実施していません。今後は各感染症に対応した感染症マニュアルの策定や、どの職員でも対応できるように全体への研修や訓練の実施を期待します。
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	避難訓練は日中活動が休みの日に実施しています。日中活動時に災害が起こった時の利用者の安否確認は日中活動の事業所と連携しますがマニュアル化はしていません。居室の地震対策では家具の固定を行っています。災害時のBCP対策を策定し、備蓄品は栄養士が管理しています。災害時の地域の自治体や近隣事業所との連携は地域連携推進委員会が計画を進めているところです。しかし発災時の支援対応手順は定めていません。今後は利用者の障害特性等も考慮し、避難訓練の様子から災害時に必要な個別支援内容を想定することや、地域との連携を行っていくことを期待します。

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	法人のリスクマネジメント委員会が作成した各種マニュアルがありますが、1つのテーマがA4サイズ1枚の業務のフローとなっており、具体的な方法や配慮事項の記載はありません。世話人は、福祉の資格や経験がない場合も多く、職員の知識や技術のレベルに合わせたマニュアルとなっておりません。更に、事業所では重度重複障害者の地域生活を他サービスと連携しながら支えるという、入所施設が多い法人の中でも特質的な支援を行っているため、業務全般を網羅しているとは言えません。現状はマニュアルはありますが、入所施設と人員体制が異なるため手順を無視し、現場ごとの判断で行っている部分も散見されます。今後は、自ら提供するサービスを洗い出し、職員の知識レベルや入居者の障害特性に合わせたマニュアルを編成することを期待します。
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	マニュアルの見直しは、各マニュアルごとに行っていますが、定期的なものはなっていません。改訂した日付はありますが、見直しに関する協議記録が無く、検討内容が確認できません。今後は定期的に現状を検証し、見直しの必要な具体的な項目について協議記録を作成し、内容を反映することを期待します。
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支援計画を適切に策定している。	b	アセスメントは入居時と年に1度実施しています。要望書で家族からの希望を確認し総合的な支援方針で考慮しています。利用者と面談して計画について聞き取りをし、統一した形式により支援計画を策定しています。しかし、支援目標が長期間変わらないケースや、身体状況や生活状況の変化の際の随時の再アセスメントや計画書の変更は行っていません。今後は個別支援計画の作成に職員による差が出ないような工夫と、手順に沿って利用者の状況変化等に対応した個別支援計画を作成することを期待します。
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b	支援計画の見直しを実施しています。モニタリングは毎月行い半年ごとにまとめています。利用者の要望や興味関心に合わせた支援を計画に位置付けています。しかし、見直した支援計画の利用者状況報告の記載は具体性がなく抽象的な表記が散見されています。今後は全ての支援者が見直しの内容などを把握し、個別支援計画に則った支援を行い、モニタリングに活用していくよう期待します。
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	世話人と職員の引継ぎはタブレットや連絡ノートを活用しています。記録の書き方や表現についての研修はなく、記録の確認時に不適切な記述についてはその都度指導しています。利用者状況報告は課題、達成度、支援の経過の記載欄があり、記載方法の記入例はありますが、記入者により記録にばらつきがあります。今後は記載方法の研修や記録の記載方法のマニュアル化により、統一した記録を行うことを期待します。

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	法人のサーバーで情報を一元管理し、IT統制規程によりパスワードは毎年変更しています。しかし、個人情報保護に関する職員への研修を実施していません。また、各グループホームでの利用者の個人記録の保管方法が異なり、適切な管理となっていない場合があります。今後は個人情報が記載されている記録の保管場所や管理を適切に行うことや、利用者や家族に対しても個人情報の管理について周知していくことを期待します。
----	----------------------------------	---	---

評価対象 障がい者・児施設 内容評価基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

	第三者評価結果	コメント
A-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。	b	支援員が、利用者の希望する趣味や活動の意向を聞き取り、実現できるようにしています。雑誌の定期購読など希望があれば対応しています。また、以前は希望の美容室などへ外出していましたが、コロナ禍の影響により一時中断していました。ホーム毎に自治会があり生活上のルールは、利用者同士が話し合いお互い納得できるよう職員が支援しています。支援員だけでなく世話人等も利用者のエンパワメントの視点を持てるよう研修を行い、利用者の自己決定を尊重した個別支援を行うことを期待します。
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A② A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	c	法人全体で組織する虐待防止委員会で、虐待防止・権利擁護研修を行っており、事業所から1名の参加がありました。事業所の「虐待防止施設部会」にて毎月、虐待がないか確認し、結果を全体会議の中で伝え、虐待、身体拘束がないことを職員全体で確認しています。毎年ホーム毎に職員が虐待防止の誓いに記名し、掲示しています。また、利用者に対しても、権利に関する掲示や法人の虐待通報システムや事業所の取組を周知しています。事業所では、日中や夜勤帯は世話人が一人で勤務するため、権利擁護の視点を含めた不断の研修等が欠かせません。今後も利用者の権利擁護の取組を推進していくことを望みます。

A-2 生活支援

	第三者評価結果	コメント
A-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	利用者の意向や希望を可能な限り取入れながら、個別支援計画書に位置付けた食事、おやつ作りなどを一緒に行っています。障害特性を個性と捉え、玄関掃除、ゴミ出しなどの役割を担うことにより、達成感やホームの一員であるという帰属意識を持つなど、本人の自信につながっています。
A④ 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	利用者それぞれのコミュニケーション特性に合わせ、メモ帳や絵や写真カードを使うなどで対応しています。話やすい職員の出勤日が分かるよう、カレンダーに職員の写真を掲載し利用者へ知らせています。各ホーム毎にアセスメント様式で利用者のコミュニケーション能力に関して共有を図り、統一した支援を行っています。

A⑤ 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	利用者がホームに滞在する休日に、管理者がホームを回って利用者の話を聞いています。また、支援員もできるだけホームを訪問するようにして相談等の機会を持っています。チラシ、雑誌、印刷物等を使って、選択肢を視覚的にわかりやすく伝え、選択の幅を拡げ意思決定支援を行っています。利用者同士が共同で暮らす場であることを踏まえ、意思決定は、自治会でも支援しています。おやつ作りの内容を決める等、利用者一人ひとりの能力を見極め、相手と自分の希望を調整する力をつけられるよう支援しています。
A⑥ 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	事業所で日中活動は行っていないが、利用者が利用する日中活動先の送迎職員と本人の様子を連絡ノートや口頭で引き継ぎ、情報交換を行っています。場合によっては、グループホーム、日中活動、看護師、それぞれの立場で支援についての合同での会議をすることもあります。しかし、個別支援計画では、他事業所との連携に触れていません。計画には、ホーム内の担当は明記していますが、連携先も計画に記載し、相互に情報共有を行って利用者を支えていくことを期待します。
A⑦ 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	強度行動障害の利用者が多数いる中で、個別支援計画を基に作成した、支援シートを用いて日々の支援を適切に実施するようにしています。また、強度行動障害の基礎研修を支援員が受講し、支援の専門性の向上に努めています。サービス担当者会議で検討していますが、世話人等にも研修の受講を進めるなど、障害の理解や対応について学んでいくことを期待します。
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧ 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	個別支援計画に基づき、日常的な生活支援を行っています。しかし、一部は現場の判断や習慣で実施している内容があります。支援についてのマニュアルがありますが、簡単なフロー図となっているため、例えば、食事提供の際、刻み食を提供する場合にも職員間に差異が生じていないかなどの検証が必要です。他の身体介護についても同様で、強度行動障害への対応なども含め、個別支援計画の実施内容とマニュアルを精査することを期待します。
A-2-(3) 生活環境		
A⑨ 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	各ホームは清掃が行き届いており、快適な居住空間となっています。衛生管理マニュアルを定め、衛生管理チェックリストを用いて確認を行っています。またホーム外部の草むしり、除雪等も利用者も職員とともにを行っています。世話人会議において温湿度管理や、ブラインド等物品の故障などを報告し迅速に改善を行っています。個人所有の電化製品の故障などにも迅速に対応し、利用者の快適性と、安心・安全に配慮した生活環境を確保するように日々取り組んでいます。
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩ 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	事業所単体での機能訓練・生活訓練は行っていない。利用者が希望する自立支援方法に沿って、ホームでできる生活訓練についても検討していくことが必要です。利用者の身体状況を踏まえ、専門職から助言を受けて個別支援計画に位置付けたうえで職員が生活訓練を行うなど、意図的で目的のある生活訓練を実施することを望みます。

A-2-(5) 健康管理・医療的 な支援		
A⑩ 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	毎日、1日2回の検温と共に、生活全般の観察、日中活動からの送りなどによって、日々の健康状態の確認をしています。普段の定期通院は支援員が行っていますが、緊急時や専門的な助言が必要な時には主に日中活動の看護師と連携を図り、利用者の病状、健康状態、今後の治療方針などについて対応しています。しかし、通院マニュアルはあるものの、事業所間の連携を必要とする場合の規定がありません。実際の支援に合わせて連携先事業所との申合わせ事項等を文書化していくことを期待します。
A⑩ 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	医療的支援として服薬管理を行っています。投薬マニュアルに基づいて行っていますが、誤薬事故報告がヒヤリハットとして処理されるなど、職員教育を含め再発防止の取組を見直すことが必要です。また、今後の利用者の高齢化等を見据え、職員障害や疾病、アレルギーの対応やそれに伴う薬等の支援についての研修を実施することや、将来的に看護師の配置等について検討していくことを期待します。
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑩ 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	同法人の祭りの参加、利用者の希望に合わせた行事と個別外出、選挙への参加などの支援を行っています。しかし、外出先や目的等が固定化している傾向があります。令和6年度より本格的に始まった意思決定支援を取入れながら、社会参加、地域との交流、様々な文化活動、スポーツ活動などの参加の検討や、地域の資源や催物等の情報提供と参加支援を期待します。
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑩ 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。	c	本人の健康状態や生活能力に応じて、同法人内の事業所と常に連携を図り、事業所の変更により生活スタイルがどのように変わるのかの体験を経て、サービスを変更できるようにしています。相談支援事業所を介して事業所の変更などを法人内で調整できる体制が整っています。しかし、現在地域移行に向けて個別支援計画に定めて支援を行っているケースはありません。今後は、利用者や家族の意向に応じて、地域移行について支援するためのマニュアルを作成するなど、具体的な支援について定めていくことを望みます。
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑩ 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	日中活動の生活介護事業所ごとに組織している家族会があり、この中でグループホームへの意見、要望を聞くことがあります。また「グリーンホーム通信」を発行し、家族への近況報告や連携を図っています。毎年1月頃に要望書を発送し、家族からの相談、要望に応える体制が整っています。今後は、個別性に十分に注意しながら利用者と家族との関係のアセスメントを行い、家族支援や交流を支援していくための取組を期待します。