

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2012 年 8 月 3 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 063-0825

住所 札幌市西区発寒5条2丁目3番8-201号

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 評価機関認証 第14号

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)	高村 一文	組織	第00053号
	(2)	神内 秀之介	福祉	第00068号
	(3)	榎見館 由美子	福祉	第00117号
	(4)	橋本 玲子	福祉	第00131号
	(5)			
サービス種別	共同生活援助・共同生活介護事業			
事業所名称	グループホーム・ケアホーム一体型 みどり荘			
設置者名称	社会福祉法人 奈井江学園			
運営者(指定管理者)名称				
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2011 年 7 月 29 日	～	2012 年 7 月 20 日	
利用者調査実施時期	2012 年 4 月 20 日	～	年 月 日	
訪問調査日	2012 年 6 月 21 日			
評価合議日	2012 年 6 月 29 日			
評価結果報告日	2012 年 8 月 3 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 奈井江学園

代表者氏名：理事長 林 裕章

所在地：〒079-0314 北海道空知郡奈井江町字チャシュナイ1037番地111 Tel 0125-65-2977

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

「地域に根ざしたホームづくり」

施設職員や法人役員は、中空知地帯の人権擁護委員や、各ホームが点在している町内会の役員を長年勤めて、身近な地域の福祉ニーズ等を把握してきました。ホームの職員と利用者が、一緒になって町内の清掃活動や夏祭り・新年会に参加するなど、地域と様々なつながりで結びついています。

例えば、あるホームの防災避難先は法人役員の自宅になっています。ホームの表札付近にさりげなく掲示された花のマークは、消防署と申し合わせた緊急時の連携を証すものです。ホーム近隣の住民へは、「地域協力隊員」を選任依頼して、災害時の協力を確保しています。こうしたことで、町内会組織や消防署といった行政機関も含めた体制ができています。今回受審した「みどり荘」「ききょう」「あじさい」「アルク」「フピ」のすべてが地域に根ざしたホームといえます。

「利用者の目線で作られた契約書類」

「契約書」・「重要事項説明書」を始め「サービス利用説明書」は、利用者本人が読んでわかるように工夫されています。例えば、契約書には「あなたと〇〇の約束」、重要事項説明書には「ホームの生活についてのだいたいなことを説明します。」という易しい表題に置き換えられています。

すべてにルビがふられているのは勿論のこと、一つ一つの項目が「あなたの生活を次のように助けます。」「ホームの生活をやめてからのこと」などと、表紙に目次として載っています。また、項目の説明文も利用者が理解しやすいように、かみ砕いた表現となっており、「わからないことがあったら、わからないといってください。わかるまで聞いてよいのです。」といった一文に見られるように、利用者の目線に立った説明が行われています。

「サービス利用説明書」には給付費対象の負担額と、それ以外の負担額が「日常生活にかかるサービス料金」「特別にかかるサービス料金」とに分かれて記載されています。特別サービスの金額が一覧になっている他、料金の支払い方法が3通りあるなど、利用者本人が選択できるようになっています。利用者が理解して契約書の同意を得る工夫は、自己決定を尊重する事業所の姿勢として評価できます。

◇改善を求められる点

「組織マネジメント体制」

世話人、夜警員、支援員といった職員それぞれがおこなう、一人ひとりの利用者への支援や活動は充実しています。これに比較すると、職員組織の管理・運用というマネジメントの面では若干の遅れが出ています。課題となっている職員の力量基準の策定が軌道に乗らず、「人事考課制度」、「職員の研修計画」での運用などが不十分な状態です。

また、事故の未然防止を目的として、ヒヤリハットの取組が継続されていますが、収集事例はあるものの、有効な分析に至っていません。その他、実習生やボランティアを受け入れる際の方針や体制作りにも着手されていません。

今後は、充実している職員個々の支援・活動が継続的に機能するためにも、様々なホームの運用について、組織的な活動が出来るようなマネジメントを期待します。

「ホーム版サービスマニュアルの必要性」

グループホーム・ケアホームのサービスには、標準化された手順書が必要です。今回、受審した5つのホームは、ほとんどの方が入所施設から地域移行した利用者なので、入所施設の手順書はそのまま使えません。それは、直接の介護や支援は多く必要とせず、地域移行したホームでの「生きる力」と本人の「こうありたい生活」の実現からそれてしまうからです。

ホームのサービスの手順書作成には、安全・プライバシーを確保した上で食事・入浴などの生活場面の支援で、障がい程度が軽く自立度の高い利用者像も視野に入れることが望まれます。又、作成された手順書の活用により、福祉サービスの提供が新人・ベテランを問わず、一定水準の質が確保されます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価調査員の皆様におかれましては、長期間に渡りGHの第三者評価をしていただき誠にありがとうございます。当方も手探りではじめたGHの第三者評価でしたが、最初のスタッフ説明会では各ホームスタッフに十分に評価を受ける趣旨が伝わらず、お手数とお手間をお掛けしたと思います。しかし、評価が進むにつれて各スタッフからも前向きな意見が出されるようになり、手前どもサービスの自己満足になっていたことが改めて浮き彫りとなり、今後の支援のあり方を見直す機会となりました。

法人としても開設当初からある「法人理念」や「基本方針」を見直すきっかけとなり、時代に即した理念作りに着手することができ、新しい理念を念頭におき日々の支援に活かしていけることと思っています。

世話人を含む職員説明会の他、利用者においても、評価調査員の方の熱心な聞き取り調査に直接参加するなど、職員・利用者ともに大変良い刺激となったことと思います。

今後については、第三者評価で出てきた良い面と改善点がはっきりとしてきましたので、良い面をさらに伸ばし改善できるところは改善して地域生活を送る上で利用者さんにとってよりよい支援につなげられる様努力してまいります。利用者・保護者・ホームスタッフ・法人を代表して感謝を申し上げたいと思います。

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 24 年 4 月 24 日

事業者名 (法人名)	社会福祉法人 奈井江学園		
事業所名 (施設名)	GH・CH一体型 みどり荘	種別	共同生活介護事業
事業所所在地	〒079-0314 北海道空知郡奈井江町字チャシュナイ 1037番地111		
電 話	0125-65-2977		
F A X	0125-65-2977		
E-mail	alku.10@polka.ocn.ne.jp		
U R L	<a href="http://www.naiegakuen.hello-net.info/">http://www.naiegakuen.hello-net.info/</a>		
施設長氏名	石川 健吾		
調査対応ご担当者	竹田 育美	(所属、職名：GH主任・サービス管理責任者)	
利用定員	35名	開設年	平成 15年 4 月 1 日
理念・基本方針：変更作成中。			
開所時間 (通所施設のみ)			

### 【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 身体障害者施設における通所事業	
施設入所支援事業	(定員40名)
生活介護事業	(定員40名)
就労継続支援B型事業	(定員30名)
就労移行事業	(定員20名)
居宅介護事業	
短期入所事業	(定員男女各2名)

【利用者の状況に関する事項】（平成24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（老人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	1名	2名	2名	4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
4名	1名	14名	4名	3名	名
					合計
					35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ヶ月未満	6ヶ月～1歳3ヶ月未満	1歳3ヶ月～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			

○障害等の状況

・身体障害（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	7級
視覚障害	名	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	1名	1名	1名	2名	1名	2名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	1名	1名	1名	2名	1名	2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。

・知的障害（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
9名	16名	10名

・精神障害（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(保育園を除く)

	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
名	8名	11名	名	名	1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	2名	5名	4名	4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10か月)	

【職員の状況に関する事項】(平成24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	事務員	主任指導員	指導員
常勤	名	1名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	1名	3名	名	名	名
非常勤	名	3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	名	名	名	名	12名
非常勤	名	名	名	名	名

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」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	0名(名)
介護福祉士	0名(名)
保育士	1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（みどり荘）

(1) 建物面積	119.22㎡		
(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	45年	
(4) 改築年	平成	19年	

○成人施設の場合（ききょう）

(1) 建物面積	138.45㎡		
(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	55年	
(4) 改築年	平成	22年	

○成人施設の場合（あじさい）

(1) 建物面積	152.3㎡		
(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	17年	

○成人施設の場合（アルク）

(1) 建物面積	269.83㎡		
(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	平成	22年	
(4) 改築年	平成	年	

○成人施設の場合（フピ）

(1) 建物面積	210.54㎡		
(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	平成	23年	
(4) 改築年	平成	年	



○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	㎡	
(2) 園庭面積	㎡	
(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) に行き外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい ☐ 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)	☐・大舎制 ☐・中舎制 ☐・小舎制	
(2) 建物面積	㎡	
(3) 敷地面積	㎡	
(4) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい ☐ 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 23 年度におけるボランティアの受け入れ数 (延べ人数)

0 人 (本体施設50名)

・ボランティアの業務

本体施設での受け入れをしています。地域住民の方に園周りの草刈りを主として一年に一回行ってもらっています。また父母会の方には、園敷地内の花壇に花を植えていただいております。

### 【実習生の受け入れ】

・平成 23 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（本体施設 20 名）

### 【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。

入居時に住まいに関する満足度調査を行っている。また、提供しているサービスに対しての要望・苦情については、世話人や生活支援員が利用者から直接吸収しています。月に一度、世話人会議を開催し、世話人・生活支援員・管理者との意見交流と情報交換を実施して、各ホームごとの情報を共有し問題については対応策を検討しています。

### 【その他特記事項】

平成 13 年に 4 名でスタートした GH も現在では 5 箇所 35 名が地域生活を送っています。入所施設を出て地域生活を送っている利用者すべて人が入所施設には戻りたくないと話しています。GH で地域生活をするということは、集団生活から抜け出し自由とプライバシーの確保された生活があり皆さん様に満足されていると思います。しかし、良い面だけではなく課題もあり、支援員定数の違いから余暇活動が入所施設と比べて薄くなっていることが上げられます。今後は、余暇活動を少しでも充実してあげられればと思っています。

# 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、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	b	理念は、法人の社会的な存在理由や信条を明らかにし、職員の行動規範ともなる。当該施設は、創設時の理念を、時代に適応し明確で分かりやすいものとすべく、見直しを行っているところである。理事、幹部、職員それぞれが、これに参加することにより、ともすれば普段忘れがちな、理念に対する意識が高まっている。理念の明文化は理事会の決定を待っている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	b	基本方針においても、多くの職員が携わり、様々な案が議論されたことを会議録で確認した。理念同様、理事会の決定が待たれる。
Ⅰ-1-(2) 理念、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。	b	理念や基本方針は、各会議で説明され話し合われることで世話人、夜勤員も意識を高めている。新しい理念・基本方針が決定した後も、継続的な周知の努力が期待される。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	これまでの理念・基本方針については、利用者へは4月開催の開所式で説明され、保護者へは開所式後の父母会で説明されている。理事会決定待ちの理念・基本方針についても、わかりやすい説明資料の作成等、利用者理解される取り組みが期待される。

### Ⅰ-2 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
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。	b	地域移行のためのグループホーム整備計画が立てられ、計画通りに実行されている。見直される新しい理念・基本方針に基づいた、中・長期計画や中・長期収支計画の策定が待たれる。
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。	b	ケアホーム「フビ」の国庫補助金による建築や各ホームの駐車場、車庫の整備、エアコン取り付け等が計画され実行されている。上記同様、見直される新しい理念・基本方針に基づき策定された、中・長期計画と中・長期収支計画の内容を反映した、各事業年度の事業計画の策定が期待される。
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。	b	単年度の事業計画は、主任・係長・主幹が幹部会議に参画し、策定が行なわれている。世話人や夜勤員、利用者の意見は、現場職員を通して伝えられ、計画策定に反映されている。今後、中・長期計画の策定の際には、幹部職員等の組織的参画が期待される。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	b	単年度の事業計画においては、毎年3月の理事会で事業計画が承認されたあと、全体会議において説明され周知されている。今後は、中・長期計画も含めた職員への周知と理解が期待される。

<p>I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。</p>	<p>b</p>	<p>4月開催の開所式で利用者への説明が行われ、開所式後の父母総会で保護者への説明が行われている。全体会議終了後も、各事業の係長が再度説明を行い、周知に努めている。今後、策定される中・長期計画においても、周知と理解を促す取り組みが期待される。</p>
-------------------------------------	----------	---

I-3 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
<p>I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>毎年4月の全体会議で、職員に組織図や管理規程等を配布し説明を行い、管理者の役割と責任を明確にし、併せて職員の職務役割と責任を明確にしている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>法令関係の文章は、庶務課で一括管理され、各事業の係長職以上には社内メールで転送され、把握を促す仕組みができています。また、遵守すべき新たな法令等は、全体会議での説明のほか、支援会議、世話人会議等での説明も行われています。</p>
<p>I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>定期的に幹部会議を招集し、問題解決方法や将来のビジョンについて話し合い、意思の統一を行っている。職員の年度反省会議に参加し、サービスの質の向上について話し合い、改善策を出せるように指導している。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>幹部会議で、業務効率化や改善に向けての課題を提示し、問題意識の共有化を図っている。職員それぞれが解決方法を見つけるように指導し、主体的な業務の効率化と改善ができています。おこずかいソフトの導入、パソコンの増設等が行われ、業務改善が行なわれている。</p>

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	コメント
<p>Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>全道施設長会議や全国施設長会議に参加し、情報の的確な把握に努めている。また、地域の社会福祉協議会や町づくり町民委員会等に参加し、地域の情報収集を行っている。これらの情報が、中長期計画及び単年度の事業計画に反映することが望まれる。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>幹部職員は、決算書に基づく分析ができるように、税理士法人より決算書の見方の研修を受けている。それを踏まえ、決算書に基づき各事業所の業績を会議で説明し、無駄や改善すべき課題、その改善案を話し合い、対策を立て実行されている。今後の改善の取り組みが中・長期計画及び収支計画に、反映されていくことを期待する。</p>
<p>Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</p>	<p>a</p>	<p>2か月に一度、税理士法人の会計監査と会計指導を受けている。また、内部の監事監査が、四半期に一度行われている。</p>

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
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。	c	地域がら求人難の解消が優先されている。法人の基本方針を実現するためには、必要な人材や人員体制の具体的なプランと、プランに基づいた人事管理が必要である。具体的なプランの作成が待たれる。
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。	c	過去に人事考課導入の取り組みはあったが、導入には至っていない。今年度から始められた個人面接対象者は、準職員に留まっている。職員の能力の適正評価は、職員の能力開発や人材育成に活用でき、公正な職員処遇は、個々の意欲を喚起し組織活性化に役立つ。今後の取り組みが期待されることである。
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。	c	年度末には、職員会議を開く等して意見を就業規則に反映させている。前年度より、準職員への個人面談を始めたところである。しかし、世話人などをはじめ全てを対象としたところまで至っていない。今後、すべての階層を対象とした仕組みへ展開されることを期待する。
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。	b	福利厚生センターの加入や互助会組織を独自に創設運営し積極的に取り組んでいるが、現在の加入は正職員・準職員までとなっている。今後、全ての階層の職員が何らかの会へ加入されることが期待される。
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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。	b	毎年度3月に一年間の振り返りを実施し、4月に当年度の計画が策定され周知されている。ただし、世話人等の参加率が低いことから今後内容や時期・時間等の工夫が期待される。
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。	b	必要な研修は、支援員を始め、世話人・夜警員が参加している。今後、世話人・夜警員といった短時間勤務の職員も関心が持てる研修を計画することで、効果的な人材育成が期待される。
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。	b	法人全体の研修計画については、年度で評価見直しを実施されているが、ホームの全職員個別の研修については不十分である。今後、法人全体研修と同様な取り組みが期待される。
Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受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。	c	実習生はこれまで実績がない状況であるが、今後は受け入れる可能性があるということなので、マニュアルや関係帳票の整備等体制の整備が期待されることである。

II-3 安全管理

		第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 災害時に対する利用者の安全確保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。	a	衛生管理・緊急対応等のマニュアルや組織図・連絡網等が揃っている。職員や世話人は、その内容を把握しており、何か発生すれば直ぐに連絡が取れる。利用者の安全確保の体制が整備されている。	
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	a	防災マニュアルの整備、年2回の避難訓練を実施している。玄関先にはひまわりの花を掲示し消防との連携もとられている。直近に開設したホームの2棟は、調査結果により、河川氾濫に備えて基礎を高く建設された。近所の住民の中から「地域協力隊」を選任し積極的な連携づくりの取り組みが評価できる。	
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。	b	ヒヤリハット報告書にて、事例の集約とその個別案件に対しては、再発防止策が検討されているところである。今後は単発的な解決ではなく、事例を鳥瞰的に分析を行い、グループホーム・ケアホームで起きた事故全体の傾向の把握や予防の強化等、一度起きた事故は二度と起こさないような取り組みが期待される。	

II-4 地域との交流と連携

	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。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	広報誌「にんまり通信」を毎月、広報誌「流汗」を年1または2回関係機関・家族等に200部程度発行し地域への情報発信を積極的に行っているうえ、利用者と職員がともに町内会の会合や夏祭りに参加するなど関わりを持つ様な取り組みをしている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	利用者と職員で町内のごみ拾いに参加したり、管理責任者が町内の役員をするなど、地元と協力関係を築いている。また、冬場には除雪ショベルにて除雪の支援を行うなどソフト及びハードの機能について還元されている。
II-4-(1)-③ ボランティア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。	c	ボランティアは、ホームにおいては実績がない。今後は受け入れるということなので、実習生の受入同様、マニュアルや関係帳票の整備等が望まれるところである。
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。	b	利用者にとって必要な社会資源などについては、個別にフェースシート等で管理されている上、全体としてのリストを一覧にして掲示している。今後は情報の更新、管理などもルールを決め適切に運用されることが期待される。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	社会福祉協議会での会議に年6回以上、町内会の集會に年4回以上、老人会にも年3回程度、職員及び管理者が積極的に参加している。会議録より連携が築かれている事例を散見した。
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。	a	管理者は、中空知エリアの人権擁護委員や地域の町内会の役員を長年勤め、地域の福祉ニーズ等を熟知している。
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。	a	管理者が、地域の町内会の役員を長年勤め、地域ニーズを把握している。また、法人内でも平成15年より相談機能ともなる居宅介護事業所を地域に開設し、活動している。

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。		
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。	c	現在、グループホーム・ケアホームでは、利用者に対する具体的なサービスの指針や共通の標準的なマニュアルの作成など未整備な状況である。今後は、職員間で検討の上、利用者の尊厳に配慮したマニュアルの作成や体制の整備が期待される。
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。	c	プライバシー保護に関する方針やマニュアル・関係帳票の整備や、職員への研修等が未実施である。今後は、利用者の尊厳に配慮したマニュアルの作成が早期に待たれる。
III-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
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。	a	定期的な利用者満足度アンケート調査を実施している。結果は各ホーム別で分析を行い、要求のあった男子トイレのパーテーションの高さはすぐに改善されている。利用者満足度について、世話人会議等で話し合われている。

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。	a	相談などは、プライバシーに配慮し個室で行っている。世話人、夜警員が日常的に相談相手になっている。利用者が支援員宛に手紙を書き、ホームのポストに入れるといった、利用者が相談相手を自由に選ぶことができる。
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。	b	ルビがふられている「ホームの生活についてだじなことを説明します」（重要事項説明書）の中で「ホームの生活で気に入らないことがあるとき」という項目があり、苦情についての対応が書かれている。文章は利用者にも理解しやすいように工夫されている。苦情受付票・解決結果報告書があり、それぞれに担当者が任命されている。第三者委員も各ホームごとに提示されている。しかし、現行では、利用者の不満や要望に直接応える方法に留まっている。今後は、個々の苦情の解決に期待したい。
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。	b	利用者の意見等については、日々の生活の中で世話人の引継ぎノート・日誌・口頭で支援員に確実に伝えられ、多くはその日の内に解決している。解決に時間を要するものは利用者の了解を得て、支援会議等で具体的な対応を諮っている。ここでは苦情解決マニュアルを準用しているが、本来の対応マニュアルはない。迅速な対応を確立するために、マニュアルの作成が望まれる。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な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な評価を行う体制を整備している。	c	今回の受審の前に、世話人や夜警員を含めた全職員が「ホーム用自己評価STEP」を初めて行った。利用者への対応を始め、サービス内容を見直す機会となった。今後は定期的な実施に期待したい。
Ⅲ-2-(1)-② 評価の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。	c	今回初めて行った自己評価で、緊急時の対策など各項目ごとの課題が明確になり、支援員会議・世話人会議の議題に取り上げられていた。今後は自己評価の実施を踏まえた改善策・改善計画の策定が望まれる。
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。	c	本体施設のマニュアルはあるがホーム独自の標準的なマニュアルは作成されていない。新規の職員が入職した時も、サービスが一定水準で提供出来るように、早急に標準的なマニュアルの策定が望まれる。
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。	c	標準的なマニュアルが作成されていない為、見直しをする仕組みにまで至っていない。今後は早急にマニュアルの作成をし、定期的に職員や利用者等の意見などを集約し反映されるなど、マニュアルの見直しをすることが望まれる。
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。	a	食事・健康観察など、各サービスが適正に実施されているかをチェックできる世話人用の記録用紙があり、毎日適切に記入されている。支援員はそれを元に支援ソフトに入力しており、本体の施設とも連動している。



<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の記録に関しては「個人情報管理規定」に責任者・保存・廃棄・提供・開示など詳細に記載されている。また、パソコンには起動時の他、記録ソフトにもパスワードが設定され管理されている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>引継ぎノート・日誌・朝のミーティングで情報は周知されており、世話人間では必要に応じて電話での連絡も行っている。また、サービス管理者責任者は支援ソフトに入力し職員間で情報共有を行っている。</p>

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>パンフレット・ホームページの他、広報誌「にんまり通信」・「流汗」など作成し南空知管内の広い範囲の関係機関に配布している。写真も多く使用するなど工夫がみられるが、利用者向けの理解しやすい内容とはいえない。今後はホーム独自のパンフレットを作成するなど、入居希望者へ必要な情報提供が望まれる。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>「共同生活援助及び共同生活介護サービス利用契約」・「生活援助及び生活介護サービス利用契約」・「サービス利用説明書」が作成され、すべてにルビがふられている。表題は「契約書」が「あなたとの約束」と置きかえられている。全ての内容説明文が表題同様に、わかりやすい表現になっており、利用者の同意も得られている。</p>
<p>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。</p>		
<p>Ⅲ-3-(2)-① 事業所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。</p>	<p>b</p>	<p>ホームを退室した利用者へは、担当者が家庭と連絡を取り、居宅介護事業所と連携をして、サービスの継続に結びつけた事例はある。今後は、ホーム退室時の継続相談ができることを利用者・家族に提示するのが望ましい。また、サービス変更時の手順・引継ぎが明文化されておらず、今後、策定が期待される。</p>

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の状況に変化が生じた時は、その都度、見直しを行い課題の変更が行われている。今年度よりホーム独自の利用者本人の希望も記載されたアセスメントを作成し、6ヶ月ごとに定期的な見直しを行う。</p>
<p>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。</p>		
<p>Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。</p>	<p>b</p>	<p>サービス実施計画を作成し、サービスの適否を日常的にチェックしている。利用者本人が理解しやすいように工夫した説明がされ、同意も得られている。今のところ、課題の抽出が担当職員のみで行なわれているため、職員間の課題認識に差がある。関係職員が合議の下でサービス実施計画を策定する事が望まれる。</p>
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>サービス実施計画には頻度・時間の記載はされているが、期間の記載がされておらず、見直しの時期が決まっていない。今後、評価・見直しの期間を記載し定期的に行うことが望まれる。</p>