

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2015 年 7 月 1 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14-001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)	鈴木 正子	総合	第0129号
	(2)	汐川 美恵子	福祉医療保健	第0169号
	(3)	橋本 玲子	福祉医療保健	第0131号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	共同生活援助			
事業所名称	こうずみメープル			
設置者名称	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2013 年 9 月 27 日	～	2015 年 6 月 23 日	
利用者調査実施時期	2014 年 9 月 29 日	～	2014 年 9 月 29 日	
訪問調査日	2015 年 6 月 8 日			
評価合議日	2015 年 6 月 17 日			
評価結果報告日	2015 年 7 月 1 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 小樽四ツ葉学園

代表者氏名：理事長 鮎野 喜一郎

所在地：〒047-0156 小樽市桜3丁目10番1号

TEL 0134-54-7404

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

別紙

◇改善を求められる点

別紙

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

グループホームでは初めて第三者評価を受けることとなり、職員、世話人それぞれの立場で自己評価を行い、今まで行ってきた個々の業務を振り返ることが出来、反省点、問題点、継続していく点などの意見を交換する機会を与えてもらったことに、まず感謝します。

今回の評価を受け、グループホームに関わる職員全体がスキルアップし、利用者の生活がよりよくなるように取り組んでいきたいと思ひます。

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

## こうずみメープル総評

### ○特に評価の高い点

#### 1 「こうずみメープル」の業務全般を文書化して全職員が必帯している」

共同生活援助事業所「こうずみメープル」では「施設支援サービスマニュアル」というタイトルの冊子を作成し、全職員へ配布しています。この冊子には、施設創設時の十訓をトップページに、理念・基本方針が載っています。理念基本方針の具現化として「業務分掌」「職員業務表」等の施設の運営管理に関する書面が続き、直接支援のマニュアルの20数項目からなっています。「年間行事並びに立案職員」「火気取締責任者」「利用者担当職員」が一覧となり、個々の職員が組織全体を把握できるように作られています。また「利用者名簿」をはじめ、「施設利用前の状況」や「既往症・現病歴」がまとめられ、職員が担当の利用者だけではなく入所している全ての利用者を理解して情報共有しようとしています。冊子は度末毎に主任職員が原案を提出して職員会議後に補足修正後に新版を配布しています。年度途中で支援マニュアルの情報に変更や追加があった時には、各々で追記し日常の支援に反映させています。

#### 2 「6つのグループホームの特徴を活かしたホーム運営」

「こうずみメープル」は、男性居住の「ポプラ」「けやき」「ひのき」「さくら」と、女性居住の「メープル」「オリーブ」の6棟のグループホームで構成されています。

男性のグループホームの一つは、高齢に伴う介助に対応できるように浴槽にリフトを設置し、支援員が宿直をします。また、各グループホームの特徴として、夜警員を配置している、夜間の見回りのみを行っている、入浴や洗濯等の身の周りの自立度の高い利用者が居住している、ということがあります。女性のグループホームも同様に、介助も必要な居住者が多いところ、逆に、利用者自身で朝食を摂れる比較的自立度の高い、といったことがあります。

このような各グループホームの設備や自立度に応じた支援を経験した後に、独り暮らしができるようになった障がい当事者もいます。高齢化に伴い介助を充実させるホームだけではなく、各ホームの特徴を活かして個々の利用者の自律と自立が図られて、ステップアップできるホーム運営となっています。

#### 3 「プライバシー尊重と権利擁護の実践」

「こうずみメープル」が運営するグループホームの一つに、1LDKの間取りで一人暮らしをしている利用者がいます。夜警員が宿直する部屋を設けて、他のグループホームの部屋も安否確認されています。居室内は一見すると雑然としていますが、本人なりのペースで生活が継続されています。訪問時の居室は洗濯物が干され、ベランダのカーテンが開け放たれていました。生活状況を見守り、本人の意思を尊重して、生活支援は要望がある時に職員が赴きます。

日常生活において、より多くの支援を必要とするグループホームもあります。とすれば過干渉になりがちな生活のプライバシーを尊重することは、職員間で機会ある毎に話し合わせ、ケース事例の検討も行っています。

職員は、利用者のニーズに伴うリスクを踏まえて、プライバシーに配慮した支援に努めています。利用者を自分と同様の一人の人として心に留めて接したい、という世話人の声からも、権利擁護を日々の支援の中で実践していることが窺えます。

#### ○改善が求められる点

##### 1 「ニーズを言語化」

個別支援計画は市販のソフトを活用して利用者情報を職員間で効率的に共有しています。「支援サービス計画書1」には、本人の希望・要望及び代理人意向欄がありますが未記入が目立ちます。「支援サービス計画書2」はニーズ・支援目標・支援内容が記載されていますが、ニーズの記載が支援者の視点で書かれているものもあります。利用者の多くが重度の障がいを持っているので言語によるコミュニケーションが困難です。

しかし、日々の支援の中で職員は利用者の要望は様々な生活の場面の中で汲み取っています。個々の利用者がどのように生活をしたいか、その為のニーズは何かを推し量りながら支援するのが福祉専門職です。専門職としてニーズを言語化することと利用者の視点で記載することが期待されます。

##### 2 「中・長期計画の策定」

施設は福祉動向や利用者の高齢化と地域ニーズ等から、今後は厳しい施設経営になるであろうことを想定しています。中長期的な課題としては、高齢で手厚い介助が必要になってきた利用者の増加に伴うハード・ソフト両面の対策です。しかし、中長期計画はありますが、具体的な数値を伴って作成されるまでには至っていません。

「中長期計画」とは、課題を認識したうえで、法人の理念・基本方針はもとより、施設にあつてはその理念・基本方針を具現化するための3年から5年のスパンで作成される収支計画を伴う計画です。施設自らが「中長期計画」を策定することは、施設福祉サービスの充実とその質の向上につながることを法人に向けて発信することでもあります。今後の「こうずみメーブル」の中長期計画の作成に期待します。

##### 3 「意見箱の中身の共有と公表」

法人では、苦情解決責任者として理事長自らが解決にあたっています。「なんでも意見箱」が設置され、投書は苦情解決責任者へ直通で送られます。この内容は施設の苦情委員以外の職員には知らされていません。そのため、どのような要望・意見・苦情がどのくらいの頻度でどのように解決したかが不明です。「なんでも意見箱」に投書された内容を施設に知らせなければ、施設として更なる支援の質向上を組織的には考えられません。

今後は、「なんでも意見箱」の内容の経緯や結果を申し立て者に不利益とならないように配慮した上で、施設内で情報共有することと、施設内掲示や「幸住だより」等に掲載するといった公表が望まれます。

#### 4 「ボランティアの受け入れ体制の整備について」

「ボランティア受入要項」を整備し、「施設と地域の交流の充実を図る…」と基本姿勢が明示されています。グループホームでのボランティアの受け入れは「余市幸住学園」で使用されているマニュアルを準用することになります。職員の配置が少なくなる日中の余暇活動や外出にボランティアを受け入れ、利用者支援の充実を図れないかと施設は検討しています。ボランティアを受け入れた際のリスク管理もあるため、手順書等をグループホーム版として整備し、体制を整えておくことが望まれます。

## 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 4 月 25 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園		
事業所名 (施設名)	こうずみ メープル	事業 種別	共同生活援助
所在地	〒 046 - 0025 余市郡余市町富沢町3丁目47番地		
電 話	0135-21-4125		
F A X	0135-21-4126		
E-mail	kouzumigakuen@otaru-yotsuba.or.jp		
U R L	http://otaru-yotsuba.or.jp		
施設長氏名	瀬野尾 準一		
調査対応ご担当者	檜山 功二 (所属、職名：こうずみメープル 生活主任 )		
利用定員	36 名	開設年	平成 18 年 10 月 1 日
<p>理念・基本方針：</p> <p>【理念】 1. 施設利用者一人ひとりの人権を擁護します。                  2. 施設利用者へ良質で適切な支援と援助をします。                  3. 地域生活を推進し、自立と社会参加をはかります。                  4. 法人の経営基盤の強化をはかります。</p> <p>【基本方針】 1. 個人の尊厳を順守する。                  2. 利用者本人の意向を十分に尊重する。                  3. 利用者本人の立場に立ち、心身ともに健やかに生活できる環境を提供する。                  4. 利用者本人の能力に応じ、自立した日常生活を送れるよう支援する。                  5. ふつうの暮らしを送るための地域生活を支援する。                  6. 利用者本人等からの苦情の適切な解決に努める。</p>			
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 4 月 25 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	名	6名	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
2名	2名	5名	1名	4名	13名
					合計
					33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	1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	1名	1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	1名	名	名	名	1名
合計	1名	2名	名	1名	名	2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
21名	12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	名	3名	名	5名	18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	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	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7ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成27年4月25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	支援員
常勤	3名	1名	名	名	2名
非常勤	20名	名	名	15名	5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
	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	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)
	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（ホーム名 こうずみメープル）

(1) 建物面積	185.41 m <sup>2</sup>	
(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 type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	15年
(4) 改築年	平成	年

○成人施設の場合（ホーム名 こうずみポプラ）

(1) 建物面積	269.96 m <sup>2</sup>	
(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 type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	23年
(4) 改築年	平成	年

○成人施設の場合（ホーム名 こうずみさくら）

(1) 建物面積	118.325 m <sup>2</sup>	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	48年
(4) 改築年	平成	年

○成人施設の場合（ホーム名 こうずみひのき）

(1) 建物面積	71.28 m <sup>2</sup>	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	42年
(4) 改築年	平成	23年

○成人施設の場合（ホーム名 こうずみけやき）

(1) 建物面積	267.67 m <sup>2</sup>	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	52年
(4) 改築年	平成	年

○成人施設の場合（ホーム名 こうずみオリーブ）

(1) 建物面積	125.04 m <sup>2</sup>	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	12年
(4) 改築年	平成	25年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m <sup>2</sup>	
(2) 園庭面積	m <sup>2</sup>	
(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)に行ってお遊びを行っている。	
(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 <sup>2</sup>		
(3) 敷地面積	m <sup>2</sup>		
(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）

0 人

・ボランティアの業務

**【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 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。

事業所内に何でも意見箱を設置している。また、利用者集会やHR時に利用者さんからの意見等聞き入れている。

**【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、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	利用者の人権と生活を守る法人の姿勢や法人経営の在り方として、「人権擁護・生活支援・自立支援・経営安定」が明文化されている。各グループホーム内、事務室内に掲示されている。理念のシンボルである四ツ葉は、子を思う親の気持ちが込められている。後年、知的障がいを含めた障がい者福祉の普遍的な支援の理念ともなり、昭和46年より小樽市から余市町へ事業展開した。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	法人の理念に基づき基本方針が明文化され、理念と共に施設内に掲示されている。基本方針は、法人総合パンフレットの他、職員が携帯するサービスマニュアルにも記載があり、職員の行動規範となる内容である。
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	職員は、理念や基本方針が記載されたサービスマニュアルを携帯し、読み返す機会を持っている。管理者は職員に会議や朝礼の場で読み上げを行い理解を促している。施設長は理念・基本方針に基づいた月間重点目標を訓示することにより、職員の理念・基本方針の更なる理解を図っている。今後は、日々の支援が理念や基本方針と結びついている事例を検討することで職員の理念・基本方針の理解が深まるので期待したい。
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	毎年度、家族会総会後に「幸住だより」と、その他の資料の中に理念・基本方針を盛り込んで利用者と家族に伝えている。施設内での理念・基本方針の掲示はある。施設は来園する家族や利用者により周知を図れるように、掲示の方法を検討しているので今後期待したい。

### 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。	c	中長期計画の策定過程として、余市幸住学園と施設に付帯する事業の中長期的な見通しを検討して、運営の課題を抽出している。法人に対して事業所の組織体制、設備、人材等に関して提案をしている。グループホーム「こうずみメープル」として法人の「短期・中期・長期の事業計画」に記載はあるが、スプリンクラーの設置以外は事業所のイメージが明確に打ち出していない。法人との中長期計画書に記載ができるように施設内での協議で「こうずみメープルの中長期計画書」となっていることが望まれる。

<p>1-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。</p>	<p>c</p>	<p>「社会福祉法人小樽四ツ葉学園 短期・中期・長期の事業計画」の「アクションプラン2015の社会福祉行動」中の5つの重点課題に取り組んできた。単年度の事業計画として平成27年度は権利擁護や個別支援計画の充実等をあげている。地域との連携は、関係機関との情報の共有を始め、地域活動・行事を通じての障がい者福祉の啓発が記載されている。収支計画としては、スプリンクラー設置と浴室のリフト設置や改修の為に予算が計上されている。単年度の事業計画は中長期計画を反映させているが、今後は、次年度に評価可能となるように支援サービスや地域との連携の目標を数値化して、福祉サービスの質向上に繋がることが期待される。</p>
<p>1-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。</p>		
<p>1-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>事業計画の策定は、チーフが各ホームの世話人・支援員の意見を集約した後、主任に報告している。最終的に、管理者間で協議を行い次年度の事業計画に反映させている。見直しは年度末に行っている。</p>
<p>1-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。</p>	<p>b</p>	<p>事業計画の職員への周知としては、会議の際に計画書が配付されている。年度始めの会議での説明のみならず、計画実行の途上において進捗率や振り返りをすると理解が深まる。次年度以降に期待したい。</p>
<p>1-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。</p>	<p>b</p>	<p>事業計画の利用者への周知は困難であるとして行われていないが、毎年度の家族会総会の際には家族・代理人への周知を行っている。出席する家族・代理人は少ないが、欠席者には「幸住だより」と共に郵送で送付している。今後は、利用者にもわかりやすく周知する工夫が望まれる。</p>

1-3 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>1-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
<p>1-3-(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>管理者とは主任以上であり、その役割と責任は運営規定に明記されている。また災害時における管理者の役割と責任は「非常災害対策マニュアル」に記載がある。各職員が携帯するサービスマニュアルにも明記され、会議や研修の場において表明がある。「幸住だより」への管理者としての文章の記載や、家族会等でも管理者による挨拶等で表明が行われている。</p>
<p>1-3-(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>b</p>	<p>遵守すべき法令等を正しく理解するために、管理者は事業所が遵守すべき幅広い周辺制度の情報を研修に出席して把握している。後志総合振興局の情報を重視して勉強に努め、その知識が事業所内に浸透するように会議等で報告を行っている。社会保険労務士・税理士等の専門家より法人を通じて助言を受けている。今後は、最新情報も含めた法令のリスト化と簡易に閲覧できる方策を期待したい。</p>

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。	a	管理者は、福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、プレイングマネージャーとして自ら利用者の支援も行っている。第三者評価の受審に際しては、全職員が課題を抽出して臨むように指導力を発揮した。課題として上がった人材不足については、法人に対して、事業所で必要としている専門性の要件を提示する等の働きかけを行っている。中途採用の募集は、余市町ハローワーク等に幸住学園として募集している。
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。	b	経営や業務の効率化と改善に向けて、世話人を始め職員の意見を聞いている。食費に関しては、予算の上限内で廉価な食材を確保するために特売となる日曜日を購入日に変更、この為の勤務も弾力的に融通した。グループホーム運営のコストバランス等の数値的な課題は法人本部で事業所毎に助言等を受けている。利用者の高齢化に伴い介護を担える人材の育成や、老朽化したホームではハード面の整備を課題としている。管理者としての指導力を発揮するには業務の効率化と改善に留まらず、人事、労務、財務等の面からの分析にも期待したい。

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
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。	a	事業経営をとりまく環境を把握するために、余市町からの福祉行政情報の他に、連携している病院や特別支援学校からの情報を収集している。地域の利用者ニーズに関しては、北後志地域自立支援協議会等の各種会議に参加して動向を探っている。中長期計画には、世話人の勤務歴を活かした等の職員配置について検討することが掲載されている。
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。	b	経営状況を分析して改善すべき課題を発見するために、法人本部では事業所毎の月次の予算と執行状況の比較分析が実施されている。これにより本体施設と付帯する事業の課題等も助言・指導されている。グループホームとしては、家族会総会・内部監査・施設長会議の意見も課題発見の機会として捉えている。中長期計画には、高齢化する利用者の介助・支援の質向上に伴うコストやスプリンクラー設置をあげている。今後は、グループホームの経営課題を周知するとともに、改善に向けて取り組むことが期待される。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	法人ホームページには、資金収支計算書・事業活動計算書・財産目録が公開されている。定期的に経営分析・指導を行っている税理士法人により、外部監査が行われている。時間外労働の削減等の経営改善に取り組んでいる。

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。	b	必要な人材・人員に関する具体的なプランは法人本部で策定している。運営上、必要とされる人材や人員体制に関する基本的な考え方等はある。しかし、グループホームとして目標とする支援の質を確保するための人材の具体的なプランは確立していない。利用者の高齢化に際しては、介護もできる職員をいつまでに、何人を育成するかといった、より具体的なプランが期待される。
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。	b	人事考課は、年に一回、考課基準に基づいて、直属の上司、施設長、理事長の順に三段階の面談による人事考課が行われている。考課基準を職員に公開することや、評価がどのように活かされているかを明確にする必要がある。面談が職員個々の職業意欲につながり、スキル向上の研修計画策定に結びつけられることに期待したい。また、世話人も職員であることから別途基準に取り組むことで勤務意欲に繋がることも期待される。
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。	b	職員の就業状況を把握するために、有給休暇日数の取得がチェックされ、休暇簿は職員が閲覧できるようにしている。有給休暇や育児休暇の取得要望を受け入れて月毎に調整している。妊娠中の職員には勤務に配慮され、産休等が説明されている。有給の消化率や時間外勤務の分析による業務の効率化の必要性を職員が認識しているので、今後に期待したい。
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	職員の福利厚生や健康の維持への取組みとしては、健康診断、インフルエンザ予防接種の費用の補助等を行っている。セクハラ・パワハラのアンケートを実施している。メンタルヘルスの相談員の設置までではないが、職員間のコミュニケーションを活性化することで代替えとしている。今後は、グループホーム独自の取組みを期待したい。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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	職員の教育・研修に関する基本姿勢は、理念、基本方針、中長期計画に福祉サービスの質の向上を目指すことを明示していることで読み取れる。今後は、研修の基本姿勢を単年度の研修計画書にも明示されることが望まれる。
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。	c	事業所が用意する各研修には、職員の勤続年数や能力などを考慮して受講者が選考されている。しかし、職員ひとり一人の資格の把握やスキルアップへの意思把握が反映されたものではなく、個々の研修計画を策定することが望まれる。
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。	c	個々の職員の研修計画はないが、施設内外の研修に参加した場合に報告書を作成している。報告書は理事長も目を通している。受講報告書を事業所内で閲覧して共有している。上記項目にて個々の研修計画を策定後は、個々の研修計画の見直しが望まれる。



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。	b	実習生の受入れと育成については、「施設実習実施要項」に基本姿勢を明示している。専門高校生、大学生の実習の受け入れは、毎年行なわれている。学校からの要請には、受け入れ時期を調整する等して積極的に応えているのは入所施設のみである。グループホームでの実習体験は、実習生が入所施設からの地域移行の生活の場として学び得ることから、今後は、何らかの形で実習生の受け入れを期待したい。

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	事故防止や感染症の各種マニュアルで手順が明確にされている。事故・感染症の発生時は、「利用者状況報告書」への記載が組織として義務づけられている。利用者の安全確保の為に、朝夕のミーティング、研修会が行われている。また、安全衛生委員会、感染症委員会を定期的に開催し、利用者の安全確保のための体制を適時、見直しをしている。
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。	b	事務所内にはハザードマップが掲示されている。想定される災害の「非常災害対策マニュアル」が整備されている。利用者の安全確保の手順に基づき、施設長を隊長に自衛消防隊を編成している。避難訓練は年度に2回、同じ日に全グループホームが実施して、消防署と連携している。大災害時には本体施設へ避難することにはなっているが、道路が寸断する場合も考えられる。ホームでの備蓄や災害時持ち出し袋の用意が望まれる。
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	ヒヤリハットは、「利用者状況報告書」に記載が組織として義務づけられている。その報告書を基にリスク管理委員会、危機管理委員会が開催され、再発防止のための対策を練り、毎月開催される支援者会議の場で情報を共有している。収集した事故・ヒヤリハット事例の評価・見直しをすることで、更に利用者安全がはかれるとの職員の意識があるので、今後に期待したい。

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。	b	「こうずみメール」は年度事業計画に地域の一員として交流を深めていく事をあげている。「ポプラ」「さくら」「ひのき」「けやき」「オリーブ」の各グループホームは町内会に加入しており、余市神社祭りや区会内道路清掃、全町クリーン作戦などの行事に利用者、職員が参加している。職員は、富沢区会や沢町区会の総会に出席して、グループホーム利用者の障がいの理解と広報活動に努めている。町内の回覧板から利用者に適した内容をホーム内に掲示し、情報を提供している。様々な地域とのかかわりがあるので、その基本的な考え方を明文化しておくことは、職員が利用者と地域との関連の理解にもなる。今後は、行事計画等に明記しておくことが期待される。

<p>Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。</p>	<p>b</p>	<p>地域の相談窓口としては、「相談事業所余市幸住学園」を設置している。世話人は近隣の住民であり、会話の中で介護保険の適用となる高齢者の話題が出た際には、情報提供を行っている。広報誌は、2カ月毎に関連施設等に送付しているが幸住学園が中心である。グループホームの写真が入ったパンフレット等による情報発信は施設のアピールにもなるので、今後の取り組みに期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>「ボランティア受入要項」を整備し、「施設と地域の交流の充実を図る…」と基本姿勢が明示されている。ボランティアの受け入れ時は「余市幸住学園」で使用されているマニュアルを準用することになる。休日・祝日・連休といった職員の配置が少なくなる日中の余暇活動や外出にボランティアを受け入れるという発想もある。受け入れを想定した場合のトラブル等のリスク管理もあるので、マニュアル等をグループホーム版として整備しておくことを期待したい。</p>
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。</p>	<p>a</p>	<p>必要な社会資源は、毎年作成している「施設支援サービスマニュアル」に明記されている。年度内に更新や変更があった場合は支援会議等で職員に周知されている。日常の支援で使用する社会資源リストは、利用者の通院先の病院や日中の連絡先、ライフライン業者のほか、近隣の商店等が記載され、ホームの電話横に掲示されている。掲示されている社会資源リストは、世話人へも更新等の情報共有がされている。</p>
<p>Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>関係機関としては、利用者の多くが持病を抱えているため病院との連携は欠かせない。また、北後志地域自立支援協議会や地域ネットワーク会議に定期的に出席している。北後志自立支援協議会の居住部会に加入し、グループホームの情報収集や課題解決の場としている。居住部会では、利用者の自立訓練に活用するために、地域にある学生寮やアパートの空き部屋情報の収集を行っている。</p>
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。</p>	<p>a</p>	<p>地域の福祉ニーズは、定期的な地域ネットワーク会議への出席時や病院との連携時に把握するようにしている。また町内にある特別支援校の教諭・保護者の見学会のほか、利用者の日中の作業場である公衆浴場での地域交流をニーズ把握の好機と捉えている。地域住民でもある世話人の障がい理解が深まっていることから、世話人から得られる地域の実情も、福祉ニーズの把握の一助となっている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>本体施設内に併設された相談支援事業所から把握したニーズに対応し、日中一時支援や短期入所、就労支援等の福祉サービスの利用につなげている。単年度の計画に地域との連携が記載されているので、中長期計画の「こうずみメール」としての位置づけにも期待したい。</p>

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。	a	利用者を尊重したサービス提供の基本姿勢は、理念・基本方針の他、「虐待防止委員会設置規程」「虐待防止マニュアル」にも明示されている。組織内で共通理解を図る為に、法人内研修を年間2回以上実施し、全職員が参加している。権利擁護に関しては、顧問弁護士により研修を開催している。人権侵害ゼロ署名を全職員が行い、ホームの食堂に掲示している。グループホーム担当者会議においても人権尊重・虐待防止について定期的に議題にあげて、世話人へも周知徹底が図られている。サービス提供のマニュアルには、利用者へのプライバシーに配慮する旨が記載されている。共同生活介護事業所として、利用者の家族に対しても北海道作成発行の虐待防止法のパンフレットを配布、障がい者の権利擁護を啓発している。
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。	a	「プライバシー保護マニュアル」には、食事・排せつ・入浴時などの生活支援場面が記載されている。グループホームは全個室となっており、プライベートな空間と時間が保障されている。また、電話の使用や面会などに制限はない。支援会議やグループホーム会議ではマニュアルの周知のほか、更新についても話し合われている。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に務めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	b	利用者満足の上昇の取組としては、苦情委員会による定期的な利用者集会の開催のほか、管理者が日々の支援の中で利用者の要望を聴いている。ダイエットを希望した利用者には、休日の散歩を提案し、職員が共に散歩コースを作成している。また、調理を希望する利用者には電磁調理器を使用して、目玉焼きから取り組む等、ホーム毎に様々な利用者の要望を汲み取り実行されている。どのような要望をどのように実行したかの記録を残し、各ホーム或いは年度の全ホームの傾向を分析すると更に支援の質が向上されるので、今後の取組みに大いに期待したい。
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。	b	利用者が相談や意見を言いやすい環境作りとしては、意見箱設置のほか、グループホーム担当職員が日頃から相談事・意見を聴いている。日々の働きかけで利用者からは日常的に意見や要望が出されている。自分の意見を伝えるのが苦手な利用者には、職員が日常生活の中で様子を窺い声をかけている。また、世話人や夜警員が、世間話の中から利用者の悩み事や意思の確認を得ることもある。相談場所は利用者が選択でき、主に自室を使用している。日中活動の場に、相談・意見に関する文書をイラスト付きポスターの掲示を検討中であるので、グループホーム内にも同様に取り組むことで更なる利用者満足の為の環境となることが期待される。

<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>第三者委員3名の氏名と連絡先が重要事項説明書に記載され、事業所の廊下に掲示されている。苦情解決責任者として理事長自らが解決にあっている。「なんでも意見箱」は苦情解決責任者へ直通なので、内容は苦情委員以外の職員には知らされていない。どのような苦情がどのくらいの頻度でどのように解決したかが不明である。今後は、苦情の経緯や結果を申し立て者に不利益とならないように配慮した上で公表することが期待される。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>日常的な要望・意見は、利用者の担当職員が聴き取り、内容により迅速に対応している。対応まで時間がかかりそうな場合は、ケース検討会議にかけてから対処している。この場合の利用者への伝え方は、障がい特性により説明が理解されることは難しいことが多いが、利用者には要望・意見への回答を都度、伝えるようになっている。要望・意見への職員の判断が個人的なものとならないように、対応のフロー図が作成されている。</p>

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>第三者評価は法人の取組みとして定期に受審することになっている。この他のサービス内容の定期的な評価としては、年度末に一年間の振り返りを行って、次年度の計画を立てて目標を定めている。計画は、各ホームごとに立てられ、今年度は2つのホームの浴室改修工事が予定されている。平成25年度に世話人の自己評価が初めて実施され、支援への意識が高まる効果があった。今後も定期的な自己評価の実施が望まれる。</p>
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>利用者への支援に関しては、職員個々の工夫や創意の努力が窺えるが、施設全体で組織的に取り組む計画や見直しがみられない。今後は既存にある委員会に併設して第三者評価の結果を活かすことが望まれる。</p>
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>重要事項説明書に記載されている提供するサービスとして、「食事介助」「入浴介助」「服薬管理」「相談苦情事故対応」「プライバシー」などのマニュアルが作成され、それに基づいた支援が実施されている。特に「相談苦情事故対応マニュアル」には、迅速な対応・再発防止・事例検討までがフロー図で掲載されている。利用者の生活能力に応じてグループホームから一人暮らしをできることも視野に入れている。自立に向けての支援場面の手順書や内容の文書化が期待される。</p>

<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>各マニュアルは追加や修正があった場合、その都度見直しされ、支援会議で職員に周知されている。今後は定期的な見直しも行うことが望まれる。見直しの際には、利用者の要望が反映され、ヒヤリハットや事故報告に上がったリスクも考慮されることも期待したい。</p>
<p>Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>利用者のサービス実施状況は、基本的にはパソコン・ソフトに入力している。世話人からの情報は、利用者の目に触るのを避けるため、メモや口頭で職員へ連絡されている。職員へは個別支援計画の目標に沿って記載をするよう会議等で周知しているが、記載の量や内容に職員による差異がある。外部講師を招き、記録の書き方に関する研修を設けているので、今後に期待したい。</p>
<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>b</p>	<p>利用者の記録関係は「法人機密情報管理規程」に定められている。各ホームに置かれている利用者情報は、居間にある施設のできる家具内に保管されている。また日誌やケース記録は事務所で管理されている。パソコンは職員の使用するソフトの項目によりアクセス制限がかけられている。USB使用はウイルスチェック後に使用することになっており、施設内外の持ち出し等のルールも定まっている。個人情報保護法の理解に職員が意欲をもっているので学習会等を期待したい。</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>b</p>	<p>利用者の日々の状況は、朝と夕の2回、世話人・夜警員、職員間で引き継がれ日誌等に記録し共有されている。利用者の支援内容に変更があった際は、定例の支援会議や緊急会議等で職員に周知されている他、個別支援計画にも反映されている。余市幸住学園全体でパソコンのネットワーク・システムを導入、アクセス制限で、利用者情報は共有されると同時に守られている。職員の認識としては、利用者が日中利用している事業所等との情報共有がより迅速に図られることで、利用者支援の質が向上するとの理解があるので、今後の取り組みに期待したい。</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>a</p>	<p>共同生活介護の希望者が「こうずみメール」を選択する情報として、ホームページを開設している。法人共通の総合パンフレットがあり、広報誌である「幸住だより」は2カ月に1回発行している。「幸住だより」は関連機関等に定期的に送付している。利用希望者は、特別支援校生の進路選択肢としての問い合わせが多いため、見学の受け入れ等、進路担当教員へ都度情報提供をしている。北後志自立支援協議会の居住部会では、利用希望者のケア会議にも出席をしている。更なる情報発信としてホームページやパンフレットの充実も検討している。</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>b</p>	<p>サービス利用開始には、「こうずみメーブル」の契約様式とパンフレットを使用して説明を行っている。契約書は、利用者保存用と明記して、内容の漢字の全てにルビが打たれ文字が圧迫感のない程良い間隔で書かれている。重要事項説明書は、表示に目次を作って必要な個所を探しやすくなっている。契約時の説明は、主に利用者の家族・代理人へ行うことが多いが、自筆でサインできる利用者には説明後に氏名を書いてもらっている。福祉サービスが初めてで理解が難しい家族や、文字の読めない利用者にもわかりやすい契約資料も期待される。</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>移行例として、就職が決まり町営住宅で自立生活となった利用者が1名いる。移行者には「幸住だより」を送付する等して関係性を繋げ、定期的に相談や必要時には福祉支援の援助をしている。平成27年度からは本体施設に併設した相談支援事業所が対応することになった。事業所移行は継続性に配慮されているので、今後は移行に際して付随する手順書等の整備が期待される。</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>b</p>	<p>アセスメントは、パソコンソフトの様式を使用し「基本的生活習慣」「生活スキル」「社会スキル」「コミュニケーション」の4項目に分類されている。利用者の心身の状況と、本人や家族の要望等を項目毎に把握して記載している。アセスメントの定期的な見直しは、年1回と状況に変化のあった都度に行っている。アセスメントの手順書の作成や研修の必要性を職員は認識しているので、今後期待したい。</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>アセスメントが作成され、ニーズも把握されているが、「支援計画書1」の本人の希望・要望及び代理人意向欄が空欄となっている。将来の希望・目標が上手く表現できない利用者には、具体的な生活場面の明示等で、本人意向を聞き取る工夫が望まれる。また、前項目同様、個別支援計画作成に関しても基本的な手順書やスキルアップの研修の必要性を職員は認識しているので、今後期待したい。</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>b</p>	<p>個別支援計画は、パソコンソフトの様式を使用して半年に1回の定期に見直しを行っている。利用者・家族の面談聴き取りで評価・見直しを行っている。計画の見直しは利用者の視点に立って行われ、担当者以外の職員を交えて協議、記録されている。急な計画の変更が必要な際は、そのアセスメントから計画変更できるように対応している。今後は、見直しによって変更した内容を、関係職員に周知する手順も定めることが期待される。</p>