

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2016年11月25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

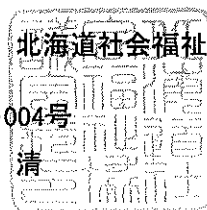
電話番号 011-241-3766

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	軽費老人ホーム(ケアハウス)			
事業所名称	ナイスディヤなぎ			
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25日	
利用者調査実施時期	2015年9月16日	～	2015年12月1日	
訪問調査日	2016年3月4日			
評価合議日	2016年6月2日			
評価結果報告日	2016年11月25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(ナイスディやなぎ)

代表者氏名：理事長 尾野 聖一

所在地：〒053-1365 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

◆利用者一人ひとりの意向を踏まえた外出サポートの充実

軽費老人ホームである当事業所は、介護保険サービスを必要とする高齢者だけでなく、独居などで不安を感じる高齢者が安心して生活できる場として、制度の狭間にある高齢者へのセーフティネットの役割を担っています。一般的な高齢者住宅に入居している高齢者においては、介護保険のデイサービスなどを活用できない場合は閉じこもりがちになるケースも散見されますが、事業所では独自の取り組みとして、利用者が外出し地域と交流する機会を多数提供しています。少人数で希望の場所へ外出するサポートを行う「パートナーデー」を企画し、活動的な利用者の楽しみ作りを行っています。また、閉じこもりがちな利用者に対しても個別外出を提案し、気分転換や日常的な運動の機会を作っており高く評価できます。

◇改善を求められる点

◆職員の高齢者支援の専門性の向上

基本的には自立した生活を送ることができる高齢者を受け入れているため、プライバシーを尊重し自由な生活ができるようになってきています。そのため、利用者の支援は生活援助が中心になり、介護を担う職員の研修が少ないなど、施設管理の業務を中心に行う職員との研修機会に差が見られます。職員全員の研鑽機会や会議による情報共有などの仕組み作りに取り組み、職員全員で利用者の生活を支えていくことを期待します。

◆利用者や家族の意見を収集する機会の確保

利用者からの相談や意見には、事業所内の相談室や利用者の居室で対応しています。相談・援助業務の担当として生活相談員と介護員が配置されていますが、そのことが利用者や家族などには周知されていません。利用者が意見を表明する一手段として目安箱が設置されていますが、これは利用者の自治会が自ら設置したものであり、意見などに事業所側から積極的に耳を傾ける姿勢が十分とは言えません。今後は事業所内に相談窓口などを掲示し周知するとともに、家族に対しても様々な方法で相談できることを伝えていく取り組みに期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

初めて第三者評価を受審しましたが、当施設で足りない部分が明確になりました。これからは、社会福祉法人の制度改正が実施され大きな転換期を迎える中で、入居者及び家族への支援、地域住民への貢献、医療・福祉等関係機関との連携を強化していきます。また、評価結果を基に管理者・職員が一丸となって改善に向けて取り組んでいきます。

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 12 月 31 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)	ナイスディやなぎ	事業種別	軽費老人ホーム(ケアハウス)
所在地	〒 053-0053 苫小牧市柳町4丁目11番36号		
電話	0144-51-6111		
FAX	0144-51-6112		
E-mail	ryokuseinosato@ryokusei.or.jp		
URL	http://ryokusei.or.jp		
施設長氏名	阿久津 司		
調査対応ご担当者	阿久津 司 (所属、職名：管理者)		
利用定員	50 名	開設年	平成 年 10 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	特定施設ではないケアハウスということで自立した方々が多い中、できるだけ外出に向けた行事等の取り組みを行っています。		
第三者評価の受審回数 (前回の受審時期)	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)	
通所介護事業 (定員20名)	

【利用者の状況に関する事項】（平成27年12月31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	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
名	名	名	名	名	名
					合 計
					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
0 名	2 名	1 名	5 名	11 名	19 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
11 名	1 名	0 名	50 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	名	名	名	名
肢体不自由	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	名	名	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
名	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
2名	4名	3名	5名	2名	8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
7名	1名	3名	2名	1名	1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
2名	1名	1名	2名	3名	2名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
0名	0名	0名	0名		

(平均利用期間: 6年6か月)

【職員の状況に関する事項】(平成27年12月31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	5名	1名	1名	名	名
非常勤	4名	名	名	名	名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	2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	4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	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

(1) 建物面積	2688.99㎡		
(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	10	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)に行つ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	㎡		
(3) 敷地面積	㎡		
(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 27 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

4 人

・ボランティアの業務

月に1回の買い物ツアー時、店内で入居者の同行をしていただいています。

【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。

目安箱の設置、自治会懇談会の実施、個別支援は個々の入居者及び家族からの相談受け入れを行っています。

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果

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 法人理念である「五共の精神」を定めており、職員には毎年度の事業計画とともに理念を配布している。利用者には、パンフレットに記載し入居時に説明を行っており、毎年1回「いきいき懇談会」でも周知している。しかし、全職員への周知とはなっておらず、掲示なども行っていない。今後、説明を受ける機会がない職員に対しても、周知していく取り組みを期待する。

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 法人の施設長会議などで、高齢分野を含む福祉事業全般の運営について話し合いを行っている。また、入居状況や待機状況に加え、市の地域包括支援センターと連携して地域の状況を把握し、稼働率の維持、向上を図るための分析を行っている。
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。	b 地域から特定施設への転換の要望があるが、具体的な検討はなされていない。設立から18年が経過しているが地域に知られていないという課題があり、認知症カフェの実施などで徐々に問合せが増えてきている。現在は安定的に待機者を確保し入居率が高水準で推移しているが、地域包括支援センターに紹介を依頼する以外の取り組みが行われていない。今後も安定した運営を行うためには入居者確保の視点も重要であり、施設で提供しているサービスや特徴を発信し、入居に結び付ける取り組みが望まれる。また、介護サービスの必要となった入居者が安心して長く住むことができる体制の構築を期待する。

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 中長期計画は作成されていない。事業所としての単年度事業計画はあるが、長期的に取り組みなければならない経営課題などが反映されていない。次年度から、中長期計画を踏まえた法人全体の高齢者福祉事業の展開や、事業所の方向性を明示するために策定を予定している。長期的視点に立ち事業所としての方向性を明確にした計画を、職員や入居者などに明示していくことを期待する。
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 中長期計画が作成されていないため単年度計画への反映は行われていない。開設時の借入金の返済が終了し施設整備や設備更新も必要となってくることから、中長期計画に沿った年度計画の作成を期待する。

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 事業計画は施設長が作成し、職員は参加していない。そのため事業課題に対する進捗状況や達成度の把握について全職員の取り組みとなっていない。毎年度事業報告の作成時に施設長と副主任が状況を確認しているが、次年度以降は職員が参加し計画の作成と職域ごとの総括を行う予定となっている。今後は全職員に周知し、進捗状況の確認と評価に取り組んでいくことを期待する。
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。	b 毎月の利用者懇談会で説明を行っている。欠席者には資料を渡したり、居室を訪問し説明を行っている。また、毎月利用者に渡す「緑星通信」でも行事などを抜粋し周知している。しかし、情報の提供は身近な生活に関わる部分に特化しているため、事業所としての方向性などについて詳しく説明する機会を期待する。

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	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。	c 法人全体の委員会に施設長と副主任が参加しているが、事業所独自の取り組みは行われていない。職員は個人の業務について自己評価や虐待などのチェックを行っているが、事業所全体としては定期的な自己評価や第三者評価に取り組んでいない。職員が主体的に取り組めるよう情報や知識の共有を含め、施設全体で取り組む環境作りを期待する。
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。	c 事業所の職員会議は定期的に行われているが、夜勤職員が参加していないなど全職員での取り組みとはなっていない。法人の事業部長が運営状況の確認に訪問しているが、組織的な改善の仕組み作りを期待する。

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 施設長着任時に挨拶を行いその中で職員に伝えている。職員一人ひとりと話をする機会も多く、日常的なコミュニケーションや人事考課面接の際にも組織における役割などを伝えている。しかし、事故や災害時に管理者不在や連絡が取れなかった場合を想定し、今後職員との申し合わせや権限移譲などに取り組んでいくことを期待する。
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。	b 施設長はインターネットや行政通知、集団指導などに参加し情報を収集している。法人のコンプライアンス方針に則った定期的な自己点検を行い、指導も随時受けている。しかし専門的な外部研修などに参加する機会が少ないため、法人からの伝達事項に重点を置いている。法人が運営する施設は障害分野が多いため、高齢者施設の特性を踏まえ、事業所として運営基準の理解や情報収集の機会を増やしていくことを期待する。

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 自立し主体的に活動できる利用者が多いため、定期的な懇談の場や食事についてのアンケート実施などを通じて利用者の満足度を高めるよう取り組んでいる。しかし、利用者の高齢化やそれに伴う準備などには着手しておらず、全職員に対する教育研修は今後の課題となっている。利用者の高齢化に合わせたサービスの方向性について職員と共有し、一丸となって取り組んでいくことを期待する。
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 毎月の入居率は100%で維持されており、入退去管理や、地域で暮らす元気な高齢者層（アクティブシニア）とのつながり、楽しみを継続することを希望する利用者ニーズを受けたサービスの展開にも取り組んでいる。法人で定める指標に沿った分析が行われているが、中長期計画がなく、現状把握された課題について報告しているものの、将来の経営環境を予測したものとはなっていない。今後は、職員全体で効果的な事業運営を目指すための計画づくりなど、具体的な体制を構築していくための取り組みに期待したい。

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	法人として配置基準に則った職員の確保と配置を行っている。法人が目指す職員像に沿った教育研修を行っている。夜勤職員は法人の退職者が多いが、配属後の研修実施などは課題となっている。今後、事業所として利用者満足度を高めていくために社会資源との連携や活用を行い、社会福祉士などの専門職の育成にも取り組んでいくことを期待する。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	法人として定める職員像があり、キャリアパス制度や人事考課などを実施している。しかし、全職員に対応しておらず、人材活用や次のキャリアに向けた機会の整備などに取り組んでいくことを期待する。
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	職員の健康診断は毎年実施し、夜勤職員は2回行い就業についての希望を確認している。時間外労働が発生しないよう職員同士が協力し、サービス残業とならない勤怠管理を実施している。管理者が日常的に職員と話しているが、今後は全職員に対する定期的な面談の実施や、職員の相談を受ける窓口の設置などを期待する。
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	職員は年2回、事業計画を基にした個人目標を個別に立てており評価を行っている。しかし、全職員ではなく、一部の職員となっている。法人の人事考課制度に則っているが、主任職が欠員となっており、主任が行う一次考課は実施していない。事業計画を基にどのように運営に貢献していくかを検討するとともに、職員一人ひとりの知識や技術の向上に主眼を置いた取り組みを行うことを期待する。
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	法人としての基本方針があり、職員の研修計画が立てられている。しかし、職種により未実施となっている部分がある。事業所内でのスキルアップの取り組みと、それを利用者サービスへ還元することの浸透が不十分である。委員会の設置なども検討されているため、職員が学び情報共有できる仕組みの構築を期待する。

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	法人内研修と外部研修の機会があるが、外部研修には管理者と副主任のみが参加している。また介護職員の研修がないため、研修を受ける機会にはばらつきがある。今後利用者の高齢化が進むことも視野に入れ、直接処遇を行う職員の技術の向上などに計画的に取り組むことを期待する。
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。	c	ケアハウスの基本的なサービスは住居と食事の提供が主なものとなるため、実習生を主体的に受け入れるというよりは、法人として受け入れ、見学などの訪問があるという形になっている。特定施設ではないため業務が限られているが、地域の中で自由に生活する場をこれからの福祉を担う実習生に周知していくことも重要である。実習指導者の育成とともに今一度事業の意義を再確認し、後進に伝える体制作りを期待する。

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	法人全体のホームページがあり、運営についての情報を公開している。また、自治会の会計と決算報告も利用者総会でやっている。決算報告書については事業所事務室に備え付けているが閲覧できることについて周知を行っていないため、情報へのアクセスのしやすさなどに配慮していくことを期待する。
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。	b	法人全体のサービス適正化委員会や、年4回の監事監査及び会計法人による毎月の訪問がある。また会計は本部とオンラインで結ばれており相互での確認が可能となっている。毎月の金銭残高の確認も2名体制で行っているが、会計に関する手順や責任者が職員に明示されていないため、周知の取り組みを期待する。

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。	b	苫小牧市と連携して行う認知症カフェの運営を通じて、地域高齢者との接点を増やすようにしている。また、利用者が個別に外出し地域との交流ができるよう支援するとともに、利用者の希望する場所に職員と出かける機会を持ち、できるだけ多くの利用者の参加に繋げている。地域交流について明文化し利用者にも積極的に取り組みを伝えていくことを期待する。
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。	c	利用者の趣味活動と一緒にを行うボランティアが継続して訪れているが、ボランティア受け入れの基本姿勢やマニュアルは明文化されていない。新たな受け入れを積極的に行っていないため、受け入れ回数は減少傾向にある。ボランティアマニュアルの整備とともに、利用者の意向を踏まえた新たなボランティアの受け入れについて検討し、地域のボランティアセンターなどと連携していくことを期待する。

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。	c	地域の医療機関のリストを備えている。施設独自のサービスに取り組んでいるが、利用者の生活の質向上のため、NPOや地域など多様な団体との情報交換を進めることを期待する。施設長が苫小牧市地域包括支援センター運営協議会に参加し連携がスムーズに行われている。しかし、外部サービス利用型の施設であり、生活支援や介護保険制度の利用開始などの際に利用者が選択できるよう、施設として連携を強化する仕組みが望まれる。
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	苫小牧市と連携して認知症カフェを開催し、地域への啓発や相談窓口としての機能、利用者との交流の場としている。また、地域の見守り活動の拠点としても取り組みを始めている。法人では事業所の立地する地域に相談センターの設置予定があり、事業所で地域高齢者への支援体制を整えていくことになっており、その活動が充実することを期待する。
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。	c	法人に社会貢献推進委員会が設置され、社会福祉法人として地域でどのような活動を行っていくかを検討している。事業所としても現状のサービス提供から得られた経験を基に、地域ニーズや苫小牧市の将来的な福祉ニーズを踏まえた活動に着手していくことを期待する。

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	事業所理念及び倫理綱領が玄関に明示され、施設長が朝礼・夕礼の機会を通じて職員に周知している。職員の言葉遣いに対する苦情などはマナーインストラクターである副主任が指導している。指導結果を共有する仕組み作りとその定着に向けた継続的な取り組みを期待する。
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	プライバシー保護マニュアルは、個人情報に特化した内容となっている。また、法人のホームページに利用者の写真を掲載する際、本人の同意を得ていないことや、浴室の使用状況など日常生活における配慮が十分とは言えない。今後プライバシー保護についてのマニュアルを整備し、それに基づくサービス提供について全職員に意識づけする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	法人ホームページとパンフレットで事業所の実施するサービス内容の情報を提供している。居室は常に満室であり体験利用は難しいが、入居している利用者の同意を得て居室を見学し、希望者に対応している。今後、事業所のパンフレットなどに理念を掲載し、法人や事業所がどのような姿勢でサービス提供を行うかなど情報発信の取り組みを期待する。
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	入居の際はパンフレット、重要事項説明書を用いて説明している。業務マニュアルに基づき、どの職員も同じように説明できる仕組みを整えている。しかし、パンフレットからは法人や事業所におけるサービス提供の姿勢が読み取れない。また、将来的に利用者の加齢に伴い判断能力が不十分になる場合に、成年後見人などと契約を行うような契約書の整備には至っていないことから、今後の取り組みに期待する。

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	利用者が他の事業所へ移行するようなケースでは、職員が事前訪問するなどして情報収集している。退所時には口頭で家族などに伝えている。今後は、利用者やその家族に対してサービス終了後の相談方法や担当者について説明するとともに、それを明文化する取り組みを期待する。
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。	c	利用者の自治会はあるが参加は少ない。1階から3階の各フロアに「目安箱」が設置がされているが、利用者の自治会が自ら設置したものであり、事業所が利用者などの意見に耳を傾ける姿勢が十分とは言えない。部門横断的な職員が参画する給食会議が設置され、嗜好調査の結果をメニューに反映させたり、利用者が食器を選び購入できるなどの取り組みがある。今後、さらに利用者の声を具体的に実現させていく仕組み作りを期待する。
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	法人に苦情解決要綱と苦情・虐待申し立て及び解決の仕組みはあるものの、利用者などへの周知が十分ではなく、苦情解決の仕組みが十分に確立しているとは言えない。今後、事業所側から率先して意見・苦情を聞く姿勢を明確にし、寄せられた意見などをフィードバックする方法を整備するなど、工夫して取り組むことを期待する。
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。	c	相談・援助業務の担当として生活相談員と介護員が配置されているが、そのことが利用者や家族などには周知されていない。利用者からの相談や意見に対しては、事業所内の相談室や利用者の居室で対応しており、今後は事業所内に相談窓口などを掲示し周知するとともに、家族に対しても様々な方法で相談できることを伝えていくことを期待する。
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。	c	利用者への相談・援助については、業務マニュアルに相談や意見を受けた際の記録方法や報告の手順などが定められているが、対応や検討の具体的な方法を定めたマニュアルは策定されていない。また、職員への周知及び認知度は決して高いとは言えない。今後は、業務マニュアルをもとに職員会議や研修を行うなど、認知度を高める取り組みが望まれる。
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	法人にリスクマネジメント規程が整備され、リスクマネジメント委員会を設置している。ヒヤリハット分析や事故防止などの検討会議も開催されている。事故緊急時の対応マニュアルがあり、業務マニュアルの中に「利用者の身体に異常を呈した時の対応」が規定されている。しかし、個別の場面においてその対応の判断基準は明確とは言えない。50人の定員に対して夜勤1名という体制に不安もあり、事業所では危険を予知する「気づき」のトレーニングを検討している。夜勤体制の検討と併せて今後の取り組みを期待する。
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	インフルエンザやノロウイルスの予防として、食堂の清掃や1階フロアの手すりの拭き取り消毒、歩行器などの消毒を実施している。感染症マニュアルは整備されているが、職員への配布やマニュアルに基づく勉強会などは開催されていない。今後、事業所内に設置されている感染防止検討委員会などを通じて職員に周知し、利用者の安全確保の体制がより確実となることを期待する。

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	防災訓練は昼夜の火災を想定し年2回実施されている。食料や水などは栄養士が管理し、併設の倉庫で3日分を備蓄している。しかし、地域や家族への説明の機会がなく、災害などの状況によるリスクの検討もなされていない。地域との連携を想定し、利用者の居室にはADLの状態を掲示している。また「家族緊急連絡網」も整備されていることから、これらが実効的な取り組みとなるよう今後の体制整備が望まれる。
----	--	---	---

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	日常業務や入居希望者への対応、各記録方法などサービス提供場面の標準的マニュアルが整備されている。居室への入室や相談・援助についてはプライバシー保護への配慮が明示されている。しかし、プライバシー保護とは乖離したサービス提供が散見され、自己評価からもマニュアルの存在が職員全体に徹底されているとは言えない。今後、標準的マニュアルの周知とそれに基づいたサービス提供の取り組みを期待する。
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	標準的マニュアルは整備されているが、実際のサービス提供ではその内容と乖離している場面も垣間見られる。今後、既存の標準的マニュアルを検証し見直す機会として、マニュアルを活用した職員会議などを実施し、利用者の意見や提案を反映させたマニュアルとして検証・見直しを行うことを期待する。
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。	c	業務マニュアルには、アセスメントに基づいた個別支援記録の立案が明示されているが、計画責任者の配置や計画策定はなされていない。利用者や家族のニーズを抽出し、事業所で生活目標を明確にするためにも策定の取り組みを期待する。
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。	c	個別支援計画が立案されていないため、評価・見直しがなされていない。利用者の日々の生活から生まれるニーズや意見などを反映した計画を立案し、サービスの改善などの気づきに活かすことを期待する。
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。	c	実施状況は業務日誌、宿直日誌、経過記録に記載している。しかし、職員間で記録内容や書き方に差異が生じないよう、その基準などは整えていない。記録は利用者へのサービス提供と安心・安全な生活の場とする一つの手段であるとともに、職員の情報共有の一助ともなることから、職員への指導などを工夫することを期待する。
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	法人に個人情報保護規程が整備されるとともに、利用者の個人情報の保護に関する基本方針が定められ、入退所の管理などサービス提供に必要な利用目的の例などがマニュアル化されている。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施設と利用者間で交わされている。今後は規程に基づいた研修を行い、マニュアルの見直しと実践への取り組みに期待したい。