

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2018 年 10 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

〒 060-0002

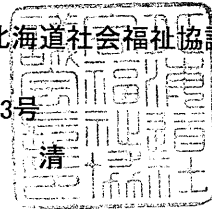
住所 札幌市中央区北2条西7丁目1番地
北海道立道民活動センター3階

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18 - 003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)	野村 宏之	総合	第0158号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	軽費老人ホーム(A型)			
事業所名称	軽費老人ホーム緑豊苑			
設置者名称	社会福祉法人水の会			
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)	2018 年 2 月 13 日	~	2018 年 10 月 30 日	
利用者調査実施時期	2018 年 2 月 15 日	~	2018 年 2 月 24 日	
訪問調査日	2018 年 4 月 17 日			
評価合議日	2018 年 5 月 17 日			
評価結果報告日	2018 年 10 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：社会福祉法人水の会

代表者氏名：理事長 小林 信子

所在地：〒060-0063 札幌市中央区南3条西1丁目1番地1号

TEL 011-205-0341

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

●利用者の自由な生活を支える理念の実践

当施設は、A型の軽費老人ホームとして昭和56年に開設し、自立して生活することに不安がある利用者に対して、低料金で食事を提供し、生活の支援を行っています。平成20年からは、社会福祉法人水の会が町から運営を引き継ぎ、「自然に学ぶ」という法人理念の下、敷地内にあるパークゴルフコースや野菜を栽培するビニールハウスなどの豊かな自然の中で、利用者がそれぞれの生活リズムでアクティビティを楽しんでいます。日中は玄関の施錠を行わず開放しており、利用者は自家用車を所有したり公共交通機関を利用するなど、いつでも自由に外出を楽しむことができます。また、病院などへの送迎のほか、定期的な買い物ツアーの開催、行事などで外出支援を行っています。敷地が広く、パークゴルフコースの整備など大変な面もありますが、ボランティアの協力を得ながら利用者の楽しみの継続を行っています。利用者が気軽に外出できる環境づくりや、地域と協力しながら利用者の日常的な活動の支援に継続的に取り組んでいることは、特に評価の高い点として挙げられます。

◇改善を求められる点

●プライバシー保護に関する規程、マニュアルの整備とハード面の整備

公共施設などに掲示する「緑豊苑だより」に利用者の写真を掲載する際は、本人や家族から同意を得るなどの配慮がなされています。しかし、サービス提供におけるプライバシー保護に関する基本事項が編纂された規程やマニュアルが整備されていません。施設の浴室は窓の外から様子がうかがえる造りであり、設備面の課題に対する取り組みが求められます。また、洗濯乾燥室での肌着の取り扱いや個人記録の管理など、一部プライバシーの配慮に欠ける状況が見受けられます。今後は、施設全体で協議して規程を策定するなど、ハード面・ソフト面の双方向でのプライバシー保護に対する取り組みと職員への意識付けに期待します。

●個人支援計画の策定プロセスについて

介護職員日誌や看護日誌などを基にケース会議などで状況を確認し、「個人支援計画」を年2回策定して、利用者一人ひとりへのサービス提供を行っています。しかし、計画には利用者に対するサービス提供方法の記載はありますが、年間や半期のねらいは全利用者共通事項となっています。また、サービスを受ける利用者本人の同意を得ておらず、見直しに当たった利用者面談などが未実施のため、具体的なニーズの抽出にも至っていません。「個人支援計画」の策定に当たっては、一人ひとりのニーズに合わせたねらいを作成し面談の機会を設けるなど、同意を得る仕組みづくりを施設として検討し、利用者と施設が同じ方向を向いた計画となることを期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価結果を真摯に受け止め、サービスの向上とより良い施設づくりに役立てて参ります。誠に有難うございました。

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 30 年 2 月 14 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人水の会		
事業所名 (施設名)	軽費老人ホーム緑豊苑	事業 種別	軽費老人ホーム(A型)
所在地	〒 069-1207 夕張郡由仁町馬追 2 1 5 番地		
電 話	0 1 2 3 - 8 3 - 3 0 3 0		
F A X	0 1 2 3 - 8 3 - 3 1 5 9		
E-mail	ryokuhoen@mizunokai.ed.jp		
U R L	http://www.mizunokai.ed.jp/		
施設長氏名	白坂 裕美子		
調査対応ご担当者	白坂 裕美子 (所属、職名：施設長)		
利用定員	50 名	開設年	平成 20 年 4 月 1 日
<p>理念・基本方針：</p> <p>【設立理念】自然から学ぶ 【運営目標】～Your Partner 「温かなぬくもりの中で心豊かな暮らし」</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 ご利用者同士や職員とのよりよい人間関係の確立 2 健康維持及び病気の予防と早期発見 3 ご利用者と地域住民との交流促進 4 家族などの協力と苑機能の維持・促進 5 安全に配慮した環境の構成と支援 <p>【運営方針】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 安心と安全への取組の強化を図ります 2 職員の士気を高め、日常の支援活動の向上を図ります 3 ご利用者が生き生きと生活できる環境づくりを目指します <p>施設・事業所の特徴的な取組： 豊かな緑に囲まれ広大な敷地に立地している環境を活かし、夏季は花壇づくり・畑づくりを行っており活き活きとした生活を送れるような支援に取り組んでいる。また、パークゴルフ場やゲートゴルフ場も備わっており、スポーツで活動的な毎日を送ることができる。冬季はこの敷地にかまくらや滑り台を作成し、冬まつりを楽しんでいる。かまくら等の制作は、入居者に主体的に行って頂き、職員はサポート役にまわり支援を行っている。更に食の楽しみの提供と健康を維持して頂くため、給食アンケート実施などを実施しパラエティーに富んだメニュー構成に日々取り組んでいる。</p>			
第三者評価の受審回数 (前回の受審時期)		1 回 (平成 25 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30年1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
名	2名	1名	10名	9名	17名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
8名	1名	名	48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	1名	名	名	名
肢体不自由	名	名	1名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	3名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	1名	名	名	名	名
合計	3名	1名	2名	1名	名	1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
7名	3名	4名	8名	5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
2名	3名	2名	4名	2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
1名	名	3名	名	1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： 4.8年)

【職員の状況に関する事項】(平成30年1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	12名	1名	1名	名	名
非常勤	9名	名	1名	名	名
	生活相談員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	1名	4名	名	1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	2名	名	1名
非常勤	名	名	3名	1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	1名 (名)
介護支援専門員	1名 (名)
栄養士	1名 (名)
准看護師	1名 (名)
社会福祉主事	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

(1) 建物面積	1706.97㎡		
(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	昭和	55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 28 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

335 人

・ボランティアの業務

歌の慰問・夏祭り（仮装・踊り）・保育園幼稚園の交流訪問（学芸発表）・苑内外の清掃・冬囲い・餅つき・傾聴

【実習生の受け入れ】

・平成 29 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。

- ・毎月末に開催する茶話会で、翌月の予定確認をしており、合わせて利用に関して、不具合等があれば、意見要望を聞く場となっている。
- ・苑内に自治会があり、自治会役員からの要望や意見を聞き苑生活の改善に努めている。
- ・年一回、利用者に食に関するアンケート調査を行い、食のニーズの把握をし、食事に反映を行っている。
- ・生活相談、苦情を受け付ける窓口を設置している。また、普段の関わりの中で利用者のニーズの把握に努めている。
- ・毎日の健康チェックでは、日々の状態を聞くとともに、その都度、要望意見があれば伺っている。

【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。	a	法人理念があり、理念を踏まえた法人内の高齢者施設の運営目標を設定している。毎年、法人全体の研修で理念に込められた思いや方針を確認し、毎月の施設会議でも理念を実現するための具体的な取り組みについて話し合いを行っている。また、事業計画を作成する際にも理念に立ち返っている。理念はパンフレットや契約時の書類、事業所内に掲示し、利用者に周知を行っている。

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	老人福祉施設協議会に加入し、情報を把握している他、法人の高齢者福祉部門の事業所が集まり、毎月情報共有と分析を行っている。また、法人本部事業報告に施設ごとの入所率を公表している。地域に居住する高齢者の課題や施設の運営について把握している。
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。	b	地域の高齢者の状況などを踏まえ、今後の職員のスキルアップの重点課題として認知症への理解やケア技術の習得などを検討している。今後、利用者に対してサービス向上を目指しており、認知症予防のメニューの導入などを具体的に進めている。コスト管理等にも取り組んでいるが、今後特定施設への事業形態の変更なども含め、安定的な運営への施設全体での取り組みに期待したい。

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	法人として中長期計画を策定しており、職員に配布している。しかし、高齢者福祉部門としての計画であり、施設としての目標までは設定されていないため、施設職員が年次計画に落とし込んで計画を推進していくために十分な表記とはなっていない。施設のサービスの内容を踏まえ、関係者が共有し一緒に達成していける具体的な内容となるよう期待したい。
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	法人で作成した中長期計画は、年次計画に当たる「運営計画」に落とし込んでいるが、運営計画は各職員が担当し、策定した行事計画と標準的なマニュアルに該当する内容となっている。運営計画はほぼフォーマットが決まっており、目標や方針は読み取ることができるが、目標値などの設定がなされていないため進捗や達成状況の検証が難しい。予算と合わせて職員がPDCAサイクルを行えるよう、記載を工夫していくことに期待したい。

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 年次計画に当たる「運営計画」は正職員を中心に作成され、職員は職種に応じて計画を実行し共有している。しかし、全職員の意見を十分に反映できる取り組みとはなっていない。また、職員は個別の行事などについて実施状況と利用者意見なども反映しながら計画を作っているが、個別行事の企画運営だけでなく、施設全体の運営に参加する意識を高めていくための工夫に期待したい。
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 毎月、利用者と職員が参加する茶話会を行っており、施設からの周知事項を伝えている。しかし事業計画については行事予定と、施設の老朽化に伴う修繕計画に基づく修理が主になっており、施設の運営に関する内容は十分とは言えない。行事計画等の掲示は行っているが、利用者に関心した理解を促す工夫も併せて行っていくことが望まれる。

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	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	職員の個別の自己評価については、平成29年より取り組みが始まっているが、施設全体の自己評価には着手していない。また、中長期計画では3年ごとに第三者評価を受審することになっているが、計画的に行われておらず、前回の評価後の取り組みや定期的な自己評価が行われていない。職員全員が参加し、質の向上に取り組む仕組み作りを行うことが望まれる。
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	委員会を設置し、ヒヤリハットや事故事例などを基に、業務手順の標準化のため、マニュアルを作成している。しかし、マニュアルの改訂についてのルールがないため、見直しは定期的に行われていない。施設では、外部委託業者の職員が業務に当たることもあり情報の共有や連携を行っているが、利用者にとって施設全体のサービスの質は職員の雇用元に関わらず、すべての職員によって担保されるものである。比較的元気な利用者から、介護ニーズへの移行期にある利用者まで様々であるが、施設に期待される接遇を含めたサービスの質を維持向上していくために、適切な情報共有と連携を深めていくことが望まれる。

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	職員全員に配布される運営計画において施設長の役割と責任が明記されている。また、計画の冒頭には施設長の辞があり、方針を表明している。施設内の委員会の管掌や利用者との茶話会への参加などを通じ、率先して取り組む姿勢を伝えている。利用者の高齢化等に当たり、介護ニーズが高まっていることもあるため、今後施設としてのサービス提供のあり方などを職員と共有していくことに期待したい。
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	施設全体の運営に関する法令が多岐にわたるため、老人福祉施設協議会などへの参加や、法人の高齢者部門の事業所との毎月の会議などから必要な情報を得ている。重要な法令のリストアップもされている。また適切な運営に係る内容の職員研修の参加を奨励するとともに、利用者向けの研修会なども開催している。しかし、直接雇用ではない食堂や警備の外部委託業者の職員への教育状況について確認を行うまでには至っていない。職員はもとより、利用者への適切な対応を行うため、全員が知識を共有できるよう取り組んでいくことに期待したい。
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	施設長は、介護職員会議など、同じ職域の職員が自由に話し合える場や全体での会議など、職員の自主性を育み職員同士が協力し合える職場風土が培われるよう工夫を行っている。報告・連絡・相談を徹底することで利用者に対して統一した対応を行うことの重要性などを根気強く伝えている。また、法人内の交流研修に積極的に参加するなど、職員が自らのサービスを考える機会を多く作っている。今後は、それぞれの職員の理想を施設としてまとめ、共有するための仕組みなどを整えていくことに期待したい。
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。	b	施設で、利用者の生活スペースにある照明や暖房などは安全や快適性を重視し、十分に使用しているが、職員の工夫で節約できる事務用品などは適切に使用できるよう取り組んでいる。また、入退去状況なども含め職員会議で話し合いを行っている。現在は、夜間の支援が必要な利用者はいないものの、緊急対応を含め、専門知識を持つ職員がいない時間帯に警備担当の外部委託業者職員が利用者の対応を行う場合もあることから、必要な内容の習得状況などの共有を行うことに期待したい。

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。	c	法人主導で採用推進委員会を設置し、施設でも「働きやすい職場プロジェクト」に着手している。施設では、今後認知症高齢者に関する知識やケア技術の向上が必要であると分析しているものの、利用者像の変化に合わせた職員の教育プログラムや採用計画などは立案されていない。法人に対し人事に関して具体的な課題の提示や方向性の把握などを行っていくことが望まれる。

15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	法人の高齢者福祉部会において、各施設の職員配置を行っている。また、嘱託職員の正職員登用も行っている。法人全体で平成29年度より職員個別の自己評価が導入されている。職員面接も年2回実施している。運営計画でも期待される職員像や職責ごとの求められる能力が示されており、今後も必要な指導を通じて人事管理を行っ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。	b	福利厚生センターに全職員が加入している。「働きやすい職場作りプロジェクト」に法人主体で取り組んでいる。職員の異動に関する希望調査や契約更新なども書式を定め、職員の意向を踏まえて行っている。しかし、職種により有給休暇の取得しやすさに差があるなど、就業状況の把握に基づく配慮が必要なことから、ワークライフバランスに向けた環境づくりに期待したい。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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	個別研修計画はないが、人事考課制度は人材育成を主眼に置いたものとなっており、職員の目標を施設でも共有し、必要な研修に参加できるようにするなどの措置を行っている。施設として職員個別の研修計画を立て、計画的な育成をしていくことに期待したい。
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	平成29年に期待される職員像や職責ごとの求められる能力を涵養するための、職務と研修を明記した法人の職員研修実施要綱を定めている。職員個別の研修計画への落とし込みの精度を上げていくなど、今後も継続して取り組んでいくことに期待したい。
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	法人全体の職員研修への参加や、外部の研修などへの参加を行っている。施設として専門的な内容や、職員が希望する研修にはできるだけ参加していく方針があるが、研修地まで遠いことなどもあり、十分であるとは言えないという認識がある。また、OJTも行っているが、知識の更新や利用者像の変化に伴う新たな分野への対応など、職員の職種や希望に合わせて学べる環境を整えて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	介護職員の実習受け入れのためのマニュアルを整備している。実習生の受け入れができることは表明しており、希望があれば応じることができるようになっている。実習生向けのマニュアルだけでなく、指導する職員の分担や実習の指導マニュアルなども整備したり、法人の持つ他サービス事業所との連携によって充実したプログラムとなるよう工夫していくことに期待したい。

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	法人全体の事業報告がホームページに掲載されているが、ログイン画面での説明がない、事業計画を見ることができないなど、利用者に配慮したものはなっていない。苦情等については、結果を施設内に張り出すなど、結果のフィードバックを行っている。今後もこの取り組みは継続することが望まれるが、苦情の内容に応じて開示の範囲や掲示期間などを検討し、個人情報などのプライバシーに配慮していくことに期待したい。
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	施設内の会計に関する分掌や手続きは運営計画に記載し、職員に配布している。運営状況の法人内部監査も定期的の実施している。利用者の預り金も3カ月ごとに本部監査を受けている。福祉サービス第三者評価の受審については、中長期計画で3年ごとと定めているものの、定期的な受診とはなっていないため、自ら決めた頻度で実施していくことに期待したい。

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	公共交通機関を利用したり、自家用車を所有するなど、自主的に外出などができる利用者も多く、自由な外出ができる。また、施設として定期的な買い物ツアーの開催や祭りや初詣などの送迎、見学ツアーなどを企画し、地域イベントや日常的な交流の機会が持てるよう支援している。毎年、施設の夏祭りに近隣の住民を招待している。また、近隣8カ所の社寺から交代で説法をいただく他、警察の講話などもあり、地域生活を安心して送れるようにしている。利用者が地域の老人会の役員を担っているが、会合への送迎や、体調がすぐれない場合には職員が代理で会議に出席するなど、利用者が地域とつながり活躍できるよう支援している。
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。	a	運営計画でも、芸能や行事、趣味活動など多彩なボランティアの受け入れについて記載し、ボランティアの協力を得ながら利用者の生活の向上を目指している。ボランティア受け入れマニュアルを整備し、受け入れ時には「ボランティアへのお願い」の文書を配布し、スムーズな受け入れができるようにしている。
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。	a	地域の社会資源の一覧表があり、事務室に掲示している。病院や地域包括支援センターなどの他、DV被害者などの受け入れに備え、警察や関係機関等の連携も行っている。施設長と相談員、看護師などがそれぞれの窓口となり利用者に必要なサービスや制度につなげることができるようにしている。

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。	c 地域の老人会とのつながりを通じ、情報収集を行っているが、まだ具体的な方針は定まっていない。施設で行っているボランティアの受け入れ時やパークゴルフコース、ビニールハウスなど、地域に喜ばれるサービスや施設を活用することが期待される。また、高台にある施設の特性を活かし、災害時の申し合わせを近隣と交わすなど、施設の力を還元していくことが望まれる。
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 歴史ある施設で、地域に根差しているが、公益的な活動には着手していない。現在、地域や地域包括支援センターなどとの協議などを通じて施設を持つ専門性の活用について検討を行っているため、公的な仕組みでは対応できない地域課題などに取り組んでいくことが望まれる。

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	「自然から学ぶ」を理念とし、健康で心豊かな生き生きとした暮らしを運営目標として、利用者職員とのより良い人間関係の確立などを目指している。施設職員を虐待やケアの研修会に参加させ、基本的人権への配慮について意識付けを行っているが、より配慮が求められる場面が見受けられた。今後、職員会議の中でさらに法人・施設が求める職員像について、周知する取り組みに期待したい。
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	公共施設などに掲示する「緑豊苑だより」に利用者の写真を掲載する際は、本人や家族から同意を得るなどの配慮がなされている。しかし、サービス提供におけるプライバシー保護に関する基本事項が編纂された規程やマニュアルが整備されていない。施設の浴室は窓の外から様子がうかがえる造りである。また、洗濯乾燥室での肌着の取り扱いや個人記録の管理など、一部プライバシーへの配慮に欠ける状況が見受けられた。今後、施設内での協議の上で規定を策定するなど、ハード面・ソフト面の双方向によるプライバシー保護に対する意識付けと取り組みの工夫が望まれる。
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。	a	パンフレットを施設の広報誌「緑豊苑だより」や「生活のしおり」などとともに関場やJR駅に掲示している。前年度の見学者数は50名強となっており、地域包括支援センターからの紹介も多い。入居希望者への面談の中で条件を聴取し、待機者の把握も行っている。入居要件が合わない利用希望者には、法人の別のサービスの情報提供を行っている。
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。	a	サービスの開始に当たり、利用者とその家族に「重要事項説明書」の他、「生活のしおり」や「新しい入居者さんのための確認シート」を用い施設の運営方針や入浴時間などの生活の基本を説明している。認知症の利用者には家族に説明し、同意を得ている。ショートステイとして受け入れる場合もある。
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。	a	利用者の退苑にあたり、利用者の同意を得た上で、移行先に「個人退苑カルテ」や「看護調書」を情報提供している。重度で介護が必要となった場合、法人の別サービスへの紹介を行っているとともに、グループホームに取り次ぐ場合もある。家庭への移行の場合は、家族や保証人に対し、施設での生活情報、服薬状況や医療機関等看護調書により情報提供を行っている。

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。	b 利用者に対し、嗜好調査を実施しメニューに反映させている他、施設長・主任等が直接利用者の茶話会に参加し意見の把握に努めている。年間の行事は職員会議で利用者の全体的な意向を共有している。今後、利用者の満足度向上のために、利用者とは施設職員の双方が参画する検討の場を設け、施設の事業や行事に利用者の意見や要望を反映させるなどの取り組みに期待したい。
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 苦情解決の仕組みとして、施設内に苦情相談窓口を設け、その受付担当者を生活相談員、苦情解決責任者を施設長としている。また、第三者委員への意見の申出は過去にあったが、現時点では相談や意見の事例はない。今後、第三者委員が定期・不定期に限らず施設を訪問するなど、第三者委員も相談相手の一つという「見える化」への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 利用者の意見を述べやすい体制づくりとして、施設長・主任等が毎月末に利用者の会に出席し、意見集約を行っている。前回の評価結果から意見箱を設置し、年間の苦情については、公開している。しかし、相談室や会議室などのスペースは無く、看護室や食堂での対応を行っている点や意見箱が詰所前に設置されているなど、必ずしも意見などを言い易いとは言えない環境にある。今後は、利用者の視点に立った環境づくりの取り組みに期待したい。
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 「苦情相談窓口の対応マニュアル」が整備され、苦情相談窓口とその責任者が配置されている。しかし、苦情窓口担当者が不在の場合の施設の対応者や対応方法が定められていない。今後、利用者に対して不在時の窓口の周知とマニュアル策定に期待したい。
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。	b 「事故防止・リスクマネジメント」マニュアルが整備され、危機を未然に防ぐことや危機管理の具体的な取り組み、発生後の対応などが規定されている。施設では、利用者の加齢とともに、認知症の症状により外出先で起きたアクシデントを教訓にし、利用者へ緊急カードを渡すなどの工夫をしている。しかし、利用者の緊急時におけるAEDの使用方法が職員に対し周知不足であることから、今後、周知のみならず使用方法などの共有化に期待したい。
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・食中毒の予防及びまん延防止」として、利用者の各居室の冷蔵庫点検なども行い、食中毒の予防にも努めている。インフルエンザ等が発生した場合には、利用者の家族や保証人宅へ一時的に退出してもらうこととしているが、まん延防止に関する指針に記載の感染症発生後の処置と、実態がかい離している。施設として、もう一度利用者の視点に立った、マニュアルと実際のサービス提供の見直しに期待したい。
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 施設に平常時の災害対策、地震対策などが規定された「高齢者福祉施設における防災マニュアル」が整備されている。また、避難場所までの緊急時避難経路について、利用者のバス等による移送手段も整えられている。夜間を想定した訓練を含め年3回の避難訓練が行われているが、施設が住宅街の一角にあることから、今後、訓練や有事に際して町内会と連携する取り組みに期待したい。

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	施設に標準的な実施方法である「運営計画」が整備され、施設長や生活相談員、介護職員が行う業務を始め、施設で開催される各種行事の時間割や職員の動きなどが規定されている。特に介護職員は年間のみならず、1日の業務内容が時系列に規定されている。今後、他職種の業務内容を時系列的に規定し、全体が把握できるマニュアル整備の取り組みに期待したい。
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	標準的な実施方法である「運営計画」は、職員が参画する職員会議で見直しがなされ、年ごとに冊子にまとめられ職員に配布がなされている。今後、他職種の業務内容を時系列的に盛り込むとともに、利用者の意見や提案などが反映される仕組みづくりに期待したい。
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。	b	利用者一人ひとりへのサービス提供は、介護職員日誌や看護日誌等を基として、ケース会議等で状況を確認し、「個人支援計画」として年2回策定されている。しかし、計画には看護師や介護職員のサービス提供方法の記載はあるが、年間のねらいや半期のねらいは利用者共通である。また、計画は利用者本人の同意を得てはいない。今後、計画策定の際には、利用者個人面談等の機会を設け、利用者のニーズ把握と同意を得る仕組みづくりに期待したい。
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。	b	サービス提供の基本である「個人支援計画」は、半年ごとに半年間の経緯と留意点をまとめて見直しがなされている。しかし、本人の同意とニーズ把握には至っていない。また、年間のねらいは、利用者全員共通となっている。今後、利用者個々の加齢に伴い疾病なども想定されることから、計画の見直しに併せて面談などにより利用者の意向を把握し、計画のねらいを一人ひとりのねらいとして策定する仕組みづくりに期待したい。
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	利用者の記録は介護職員日誌や看護日誌等に落とし込まれている。記録は介護職と看護職相互に閲覧され情報の共有がなされている。記録の書き方については、看護師が文言や表現を職員に対し、指導している。今後、施設長及び看護師の指導内容を文書化し、記録要領を作成するなどして、より適切な記録内容や書き方への工夫に期待したい。
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。	b	法人に「個人情報の取り扱い規則」を始めとしたマニュアルが整備されている。また、個人情報管理表に基づき、入所申込書など73項目の保管者と責任者が決められ、施設長と職員は遵守している。しかし、訪問当日、利用者の情報の保護に欠ける場面も見られた。今後、職員全員のハード面・ソフト面の双方向で個人情報保護に対する意識付けと取り組みに期待したい。