

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 株式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)	荒瀬崇光	福祉医療保健	第00247号
	(2)	小野寺さゆみ	総合	第00116号
	(3)	小川原清美	福祉医療保健	第00268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		ナイスディやなぎ		
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		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 4 月 5 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 11 日		
評価合議日		2025 年 3 月 10 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

■環境整備と利用者の自由な生活の保障

介護保険上、ケアハウスは身体的な介護や家庭的な共同生活の提供よりも住宅面に重点をおき、「安心して生活を営める住まい」を提供する場となります。そのため、自立した生活を送ることができる利用者が入所しています。ナイスディやなぎは、ケアハウスとして高齢者にとって暮らしやすい住環境の整備と食事の充実に力を入れています。24時間職員が常駐し、アパートタイプの個室に居住しそれぞれの利用者が自由に暮らしを楽しんでいます。1階の食堂で食事の提供があり、手入れの行届いた庭園を臨むことができます。食事提供前には利用者が列を作り、その際には利用者間の交流が行われています。食後にはリハビリ体操のビデオを放映していますが、利用者に参加を強要するのではなく、自発性を尊重しています。利用者の意思の尊重を徹底しており、相談員業務について詳細なマニュアルを作成し利用者サポートを行っています。

◇改善を求められる点

■利用者像の変化を見据えた職員の教育

基本的には利用者に対する身体介護は行わないため、介護支援についての職員のマニュアルや研修は十分ではありません。自立の利用者が中心となりますが、それは介護の視点が必要ないということではなく、高齢者の特徴や疾病などの知識、心身の機能の維持や向上、介護予防、生活の質の向上など幅広い知見が必要です。施設理念を実現することや、自己決定権の支援をしていくためにも、職員の幅広い教育は欠かすことができません。また、入居者の認知症や高齢化に伴う介護の必要性などの増加により、外部サービスと協力して利用者を支えていく局面も予測されます。利用者の生活や今後必要とされるサービスの洗出しを行い、職員教育を計画的に進めていくことを望みます。

■苦情解決の仕組みの構築

利用者や家族等の相談苦情について受け付けることを掲示しています。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、利用者や家族等に伝えています。しかし、第三者委員の連絡先が同法人の事業所の電話番号になっていることなど取組は十分ではありません。また、苦情解決状況を公表していないなどの課題があります。意見箱を設置していますが、周知の方法や、利用者や家族等が利用しやすい場所に設置しているかなどの検証も必要です。今後は、重要事項説明書への第三者委員の氏名と連絡先の明記や、掲示物等にも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

・より良いサービスの提供のアドバイスをいただいた。頂いたアドバイスを基に改善し今後の施設運営に活かしていきたい

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 9 月 13 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 北海道苫小牧市柳町4丁目11-36 ナイスディやなぎ		
電 話	0144-51-6111		
F A X	0144-51-6112		
E-mail	niceday-yanagi@ryokusei.or.jp		
U R L	http://ryokusei.or.jp		
施設長氏名	木津 泉		
調査対応ご担当者	蕪木 初美 (所属、職名： 副主任相談員)		
利用定員	50 名	開設年	平成 10 年 10 月 1 日
理念・基本方針： 事業理念：共感共生 共に感じ、共に生きる 共学教育 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 共時共愛 共に慈しみあい、お互いに愛し合う 共支共老 共に支え合い、共に老いる サービス基本方針：私たちは、「心に寄り添い、笑顔でサポート」をモットーに共に支え合っています。			
施設・事業所の特徴的な取組： 法人の基本理念を念頭に置き、職員一人一人が入居者の人権の尊重と理解と不適切ケアにならないよう職員同士が注意しあえる関係作り、日々のコミュニケーションづくりの構築。 入居者の日頃の生活状況を注意深く見守り、自立支援、自己選択を念頭に安心安全な生活の場を提供できるよう支援する。			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		1 回 平成 29 年 3 月 21 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)
地域密着型通所介護 (定員18名)

【利用者の状況に関する事項】（令和 6 年 9 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
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	0 名	4 名	4 名	10 名	12 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
13 名	6 名	1 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	1 名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	1 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	2 名	名	1 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	1 名	名	3 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
名	8名	3名	6名	3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
6名	5名	4名	2名	1名	3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	名	名	3名	0名	1名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
0名	0名	0名	1名		

(平均利用期間： 6年)

【職員の状況に関する事項】(令和 6 年 9 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		夜警員
常勤	5名	1名	名	名	名
非常勤	2名	名	名	名	2名
	相談員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	1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	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)
管理栄養士	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	2688.99 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	10 年	
(4) 改築年	平成	年	

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m ²		
(2) 園庭面積	m ²		
(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	m ²		
(3) 敷地面積	m ²		
(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】

・ 令和 5 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 5 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 _____ 人

介護福祉士 _____ 人

その他 _____ 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。

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果（養護・軽費）

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 法人の事業理念とサービス基本方針を施設玄関に掲示しています。サービス基本方針である『私たちは、「心に寄り添い、笑顔でサポート」をモットーに共に支え合っていきます。』を毎日朝礼時に唱和しています。基本方針は以前定めていたものより職員や利用者がわかりやすく覚えやすい内容に変更しています。しかし、利用者や家族等に対して入居時以外に改めて理念を周知する機会がありません。以前は利用者が組織する自治会で定期的に伝えていましたが、自治会が休止していることもあり、今後は利用者や家族等、関係機関へ周知していくことを期待します。

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。	b インターネット情報や外部研修を通じ、国の政策や動向について情報収集しています。知り得た情報は、障害分野と高齢分野の事業全般の運営について、毎月初旬に行われる施設長会議にて情報提供し、検討しています。また、地域包括支援センター等から、苫小牧市の事業所の動向や高齢化率などを確認し、稼働率維持のための分析を行っています。今後は、集積した情報や分析結果を文書化し、施設の中期事業計画や単年度計画に活用することを期待します。
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 職員会議において、職員一人ひとりがコストに対する意識を持てるように、施設の経営状況を説明するとともに、購入備品や修繕費などの項目について具体的な金額を伝えています。今後も、施設独自で洗出した課題について職員が当事者意識を持って取り組んでいくことを期待します。

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年度から令和8年度の法人及び介護事業部における中期事業計画に基づき、施設の中期事業計画を策定しています。施設の事業計画は年度始めの職員会議で周知しています。利用者の概況を挙げ計画を策定し、重点課題を設定しています。しかし、重点目標について期間中に、誰が、どのように取り組むかなどを含め具体的な計画ではありません。目標が示されていますが、進捗状況を含め評価しにくい内容となっています。更に、ボイラー、水回りなどの設備更新についても触れていますが、利用者の生活に関係する内容も盛り込み、具体的数値や期間、目標を設定し、評価可能な計画を策定していくことを期待します。

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	施設の中期計画に基づき単年度の事業計画を策定しています。中期計画と同様に年度始めの職員会議で職員に周知しています。しかし、法人及び介護事業部の中期計画を踏まえて作成するため、事業所の課題等を網羅したものとなっておりません。また、事業計画を作成していますが、何をどうするのかなどに踏み込んでいません。今後は、職員がともに事業計画の達成に向けて取組めるよう記載方法を工夫することを期待します。
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。	c	事業計画の策定は施設長が行っています。策定した事業計画と進捗状況について、事業報告とともに年度始めの職員会議にて全職員へ説明しています。また、施設における課題については、月2回行うケア会議にて施設長から全職員へ情報提供及び助言をし、改善に努めるようにしています。現状の収支を事務所のホワイトボードに記載し、日々の業務から職員が意識的に収支を把握するよう努めています。今後は、事業計画の策定に職員が参加することや、中間での進捗状況の確認等を行い、実施状況の把握や見直しを行うことを望みます。
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。	c	コロナウイルス感染症の影響のため、以前は行っていた『柳和会』という利用者懇親会が中断しています。そのため事業計画及び収支について利用者への周知はしていません。毎月行っている誕生会で、行事や催しなどの利用者に直接関連する必要事項について伝達したり、案内を掲示したりしています。今後、利用者や家族等へ事業計画を説明する機会を設け、事業所の方向性を明確に伝えるよう取組むことを望みます。

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	コンプライアンス、リスクマネジメント、虐待に関しては、法人全体として内部監査を実施し、他の施設の施設長及び課長が評価を行っています。施設自体が原則的に身体介護の提供を行っていないこともあり、サービスの質について自主的に検討していません。今後は自立が多い利用者像が変化する可能性も大きいことから、自らのサービスの質について検討する意識の醸成を期待します。
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	内部監査での指摘事項は、リスクマネジメント委員会や虐待防止委員会を通じて報告し職員へ周知しています。改善課題について、全ての職員が共有できるようにシフトを調整して各委員会で検討したり、日常の業務の中でも随時検討し、改善策を検討しています。今後は、定期的な評価を行う仕組みを作り、外部からの指摘事項の改善だけでなく、自己評価を定期的に行うなどにより継続して取組んで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。	a	年度始めに開催する職員会議にて、施設長から全職員に経営や管理に関する方針の説明をしています。また、人事評価における面談の際に、今年度の目標について改めて説明したり、年に1回発行する利用者家族や関係機関向けの広報誌『緑の星』に自身の所信表明を掲載しています。自らの役割や責任において、職務分掌や施設のBCPを作成し、平時のみならず有事における管理者の役割や責任について明文化しています。
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	介護保険法の改正や法定遵守事項について、市の研修やオンライン研修を通じて情報収集しています。また、地域包括支援センターの運営推進会議に参加することで、市の動向を把握し、その内容を職員会議で周知しています。また、年に1度、自己点検シートを用いて運営基準について自己点検を行い、法人全体で行われる加算会議にて加算が適正かを検討しています。今後は、運営に必要な法令の洗出しを行い、改正をキャッチアップできるよう取組んでいくことを期待します。
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	職員から利用者の様子などを聞くほか、自ら現場に出て利用者とコミュニケーションを図り情報収集しています。その中で改善課題があれば、すぐに検討し改善しています。また、職員へ指示するだけではなく、職員が「どうしてそう考えたのか」など、一人ひとりが自ら考えて行動できるよう指導しています。職員数が少ない中、併設のデイサービスの兼務職員もおり、それぞれの職員に対し個別の対応をしていますが、施設としてのサービスの範囲や今後の展開も含め、職員研修の計画等を通じて職員の資質向上に取組んでいくことを期待します。
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	施設長自ら委員会や会議に参加し、経営改善や業務改善について職員と一緒に検討しています。入居率満度を継続しており、さらに宿直職員の配置など、効率的な人員配置や業務改善を行うことで経費削減を達成しています。しかし、コロナ禍後には外的な要因も大きく変化し続けています。今後も入居率を維持できるよう、分析や今後のサービスの展開などを含め継続して検討していくことを期待します。

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	職員の確保について、必要な資格や人数を定めた計画はありません。施設の配置基準に準じた人員配置のため、欠員があった場合に補充を行っています。人材の確保については、ホームページや求人サイトを活用しています。職員は直接介助をする場面が少ない状況ですが、研修により介護のスキルや知識を向上できるよう計画的に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	全ての職員を人事考課制度の対象とし、上半期と下半期の年2回面談を行っています。嘱託職員から正規職員へのステップアップやケアマネジャーの資格取得を目指すよう助言をしています。しかし、昇進や昇格などの人事基準は明確でなく、職員へ周知も行っていません。明確な人事基準を定め、職員周知を図ることを期待します。
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。	a	施設長、職員が可能な限り希望日に休むことができるようにしており、日々の業務を整理し時間外勤務が発生しないよう、ワーク・ライフ・バランスを意識して働きやすい職場づくりに取り組んでいます。年2回の健康診断の実施や、職員のストレスチェックを行い、必要に応じて産業医が診察する環境も構築しています。
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	年度中間と年度末の年2回、人事考課に関する面談を全ての職員を対象に行っています。職員は、上半期と下半期それぞれ目標設定を行い、面談にて進捗状況の確認を行っています。今後は、それぞれの職種ごとに身に付けるべき知識や技術を職員に伝え、施設への貢献度などの視点をもって人材育成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	法人として、職員育成の基本方針があります。法人主催の研修や内部研修も含め、年度で研修計画を策定し実施しています。施設の都合により、研修の参加が難しい時は、開催時期をずらして行うなど工夫しています。また、オンライン研修も活用しています。今後は、研修の効果や職員水準と目標値の差を埋める研修などを取り入れ、研修計画を見直し、理念を実現してより質の高いサービスの提供を可能とするよう取り組んで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	新人職員には、個別的なOJTを行い、教育プログラムを元に指導しています。また、外部研修に関する情報提供も行っており、オンラインで受講できる研修も増えたことで、常勤職員だけでなく非常勤職員も研修に参加できるようになりました。雇用の形態によらず職員が一定の知識と技術をもとにした介護を提供することは、介護の質の担保に必要な条件となります。今後も雇用形態によらず職員一人ひとりの計画的な教育を行っていくことを期待します。
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。	c	併設しているデイサービスでは実習生の受入れ実績がありますが、施設ではこれまで実習生を受入れたことがありません。そのため、実習生受入れ方針や教育マニュアルはありません。今後、実習生の受入れに関して方針を定め、受け入れ態勢を整えることを望みます。

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	ホームページにて法人の役員名簿や事業報告・決算報告、行事予定など閲覧できる環境を整えています。ホームページでの掲載内容に限られており、事業計画や日常の様子、行事など、具体的内容について公開していません。事業所としての印刷物や広報誌もないため、今後、施設の運営情報を開示し、社会や地域に開示する仕組みについて検討することを期待します。
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。	a	毎月外部の専門家による会計監査を行っています。監事監査は外部委託し、公正かつ透明性の高い適正な経営及び運営のための取組を行っています。会計は、主に法人本部の経理担当が行っており、補助金申請なども含めた試算表をもとに、事業が適切に運営されているか確認しています。

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	入居者には、個別で地域の活動に参加できるように声掛けをしたり、入居者が共同で作品を制作して地域の文化祭に作品を展示するなど、地域との交流を広げるための取組を行っています。今後は、行事やイベントへの参加だけでなく、利用者が日常的に個別の活動や交流ができるよう支援を行っていくことを期待します。
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。	c	施設で行う敬老祝賀会の行事で演奏ボランティアが来訪したり、買物の付添いボランティアを活用しています。ボランティアに関するマニュアルがなく、特定の職員が手配を行っているため、受入れの基本方針を定めるとともにマニュアル化やボランティア受入れ時に伝えることなどを含め、組織として対応できるようにしていくことを望みます。
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。	c	社会資源の一覧表として苦小牧市のガイドブック『介護保険・高齢者サービスガイド』を活用しています。また、半年に1回程度開催される『ケアを進める会』という地域の連絡会に参加して、地域の課題についての情報共有や課題解決について具体的に検討しています。その内容は職員会議にて周知し職員と共有しています。今後は、利用者の生活の幅を広げるために活用できる資源についてリスト化し、職員が共有できるよう取組んでいくことを望みます。
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	市の委託事業として、認知症カフェを月1回程度開催しています。併設しているデイサービスの生活相談員と共に参加し、認知症カフェを通じて地域の相談を受けたり、地域の情報収集を行っています。しかし、把握したニーズの分析までには至っていません。機会をとらえてニーズを把握し、活用を行うことを期待します。

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。	c	法人として社会貢献推進委員会を設置し、地域の福祉ニーズを把握するようにしています。施設としての地域コミュニティ参加に課題があり、災害等における具体的な協力及び連携に関する内容は明確になっていません。今後、施設で把握した地域の福祉ニーズも委員会で取りあげることや、地域の災害協力などについて検討していくことを望みます。
----	---	---	--

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 (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。	c	自立した利用者が居住する軽費老人ホームとして法人のサービス基本方針である「心に寄り添い、笑顔でサポート」を毎朝唱和しています。しかし、職員が介入しなくても利用者が自助的に自立した生活を継続することを期待しており、具体的な介護は行わないためサービス提供についてマニュアル化も行っていません。そのため、全職員に対し、認知症の理解、QOLの向上を含めた利用者を尊重した支援についての研修を行っていません。介護予防の取組や、利用者の自主組織やサークル活動などの支援などについて方針を定め、利用者を尊重した福祉サービスの提供について職員が知識を深めていけるような取組を期待します。
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。	c	職員は、利用者への訪室の際にノックをし、了承を得てから入室するなど、意思確認と生活場面でのプライバシー保護を行っています。訪室の手順は定めていますが、プライバシー保護マニュアルを整備しておらず、職員に対するプライバシー保護に関する研修を実施していません。自立した利用者が多数であり、身体介護等が必要な場合は利用者が直接外部の介護保険サービスとの契約を行っていますが、サービスの導入前に一時的な支援を行うこともあるため、プライバシー保護についてのマニュアルや教育の機会を整備することを望みます。
Ⅲ-1-1 (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	本人や家族等から入居の問い合わせが直接あります。また、地域包括支援センター経由での問い合わせも多く、法人要覧、施設案内のパンフレットを事業所に設置しています。入居後の生活がイメージしやすいよう、居室の写真には持込み家具の寸法の目安も記載しています。見学の際には、生活相談員が全館を案内し、伝える項目を詳細にマニュアル化し説明漏れがないようにしています。
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	相談員マニュアルに入居時面接の説明内容を定めています。また、契約時に渡す書類についても定めています。部屋の設備や操作法については大きな文字と写真入りの説明資料を作成しています。しかし、自立した利用者を対象とした施設であり、身の回りのことができなくなった場合など、退去の基準などについては明確な文章がありません。退所時や退所先への連携などについても定め、利用開始時から利用者にも説明することを期待します。

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。	c	利用者が退所する際は、医療・介護ニーズが増加し、外部サービスを活用しても施設での生活が困難となった場合がほとんどとなります。医療・介護ニーズが高くなった場合は居宅介護支援事業所が対応するため、施設として特に支援を行っていません。退所先への添書や連携もほとんど行っていません。今後は、他施設等に移行した場合も本人らしい生活の継続ができるよう、情報提供や連携について検討していくことを望みます。
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	食事と行事に関するアンケートを行っています。給食会議を毎月開催し、食事アンケートから食事に果物を提供して欲しいという利用者からの要望を叶えるなど改善を行っています。行事についても同様に次の企画に利用者意見を活用しています。しかし、生活全般に関する意向調査を行っていないことや、利用者が組織する自治会が活動休止し、以前は自治会で各階に設置していた意見箱が事務室前のみとなるなど、利用者の声を収集し、満足度向上に活かしていく仕組みを工夫す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	副主任相談員が中心となり、利用者からの苦情等に対応しています。しかし、相談・苦情マニュアルがなく、職員への周知や教育も行っていない。また、施設内に苦情相談についてのポスターを掲示していますが、第三者委員の連絡先は法人の電話番号を記載しており、利用者が直接申し出ることができません。また、利用者の立場に立った苦情解決についての方針を明確にし、適切に対応していくことを望みます。
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	利用者が話しやすい職員を選んで相談をすることができます。相談の内容により、利用者の居室や相談室などプライバシーに配慮していますが、意見箱は以前自治会が管理していましたが、その後の運用についてや、相談に関するマニュアルは整備していません。今後は、意見箱の運用について定め、利用者へ周知することや、相談等対応について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	利用者より相談があった場合は、利用者間の行き違いなどに対してもできる限り事実確認を踏まえ、公平中立な態度で対応し、施設での生活を安心して送れるように対応しています。職員数が少なく口頭で共有を図っていますが、職員の入替えなども考えられるため、記録簿を整備するなど組織的な対応ができるようにしていくことを期待します。
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	事故防止・事故発生時の対応マニュアルを定めています。当該施設はデイサービスを併設しており、法人のリスクマネジメント委員会へはデイサービス職員が参加し、委員会の結果を周知しています。ヒヤリハットや事故報告から得られた改善策は時間を置いて実効性を検証していますが、各種サービスのマニュアルがないため、支援方法などの改善はヒヤリハット・事故報告の改善欄の記載のみとなっています。また宿直職員等に救急救命講習を行うなどにより、利用者と職員双方の安心につなげることも有効です。安全管理のための研修の受講について検討するとともに、改善内容を標準的なサービスとしていくための仕組みの構築を期待します。

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	職員に対する感染症研修は毎年度実施しています。利用者に対しても、手洗い等の感染予防の取組を周知し、手指消毒器などを玄関に設置しています。施設内の消毒場所を定めて職員が定期的に消毒を行っていますが、具体的な消毒方法は定めていません。アフターコロナとなり、毎月開催している感染症委員会も食中毒の話題のみとなっている月もあり、中だるみとならないよう、計画的な実施を期待します。
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	避難訓練は年2回と定め、令和6年度は年度末までに2回目を実施予定です。火災想定で行っており、避難経路を内廊下からベランダに変更したため、利用者が煙に巻かれる危険性が低下しました。地震に備え共用スペースの家具の固定を行っています。しかし高い位置に段ボールを積上げるなど、減災を目指し確認を行うとともに、備蓄品の整備や利用者個人の非常持ち出し品の助言など、事業継続計画（BCP）との整合性を取りながら備え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。	c	利用者は、自立生活が可能のため、相談員業務についてのマニュアルは整備しています。しかし、介護の必要な利用者が増える中、外部サービスの導入が間に合わないなど、急を要する対応の必要性が生じています。また、職員が一人で勤務する宿直のマニュアルがなく、0JTで指導する内容も職員ごとに統一していません。そのため、相談業務以外の介護方法等について、標準的なサービス提供ができるよう、マニュアルを整備するとともに、認知症や高齢者の特性、疾病と薬についてなど利用者像の変化に対応できるよう職員教育を行うことを望みます。
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。	c	標準的なサービスのマニュアルを定めていないため、見直しを行っていません。また、介護保険の外部サービスを利用している場合はサービス担当者会議に出席し、居宅サービス計画等の把握をしていますが、職員への周知や今後必要となるサポートや配慮について共有をしていません。標準的なマニュアルの活用と、利用者の計画的な支援は利用者の生活を支えるための両輪となるものです。利用者の個性にも着目し、支援の仕組みを整え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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	c	一般職ガイドラインでは個別支援計画の作成を行うことになっていますが計画を策定していません。入居時及び毎年度、利用者のフェイスシートとアセスメントを介護員が統一した様式で作成していますが、活用していません。施設として、利用者が自立している期間生活する場合という認識のため、個別サービスについて規定していませんが、利用者の介護予防や能力維持、QOLの向上についての視点を持つことを望みます。
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	個別計画を作成していないため、見直しを行っていません。介護職は毎年利用者ごとのアセスメントを行っていますが、計画の策定や見直しについて仕組み作りを行うことを望みます。

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。	c	利用者からの相談や、気になることがあった場合の記録は業務日誌に記載しています。しかし、記録されない場合もあり、職員ごとに記録の記載に差異が生じています。業務日誌から利用者の個別の記録に転記していますが、利用の記録は長期間記載していないケースもあります。認知症の疑いが発現した場合など、目立つケースだけでなく、サービス提供状況や利用者の状況把握と記録のルールなどを職員間で共有していくことを望みます。
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。	c	法人が定める個人情報保護規定等を整備しています。しかし、職員への周知や教育を行っていません。また、利用者に対して個人情報の利用目的を交付するなど、個人情報保護の取組に必要な仕組みを見直し、宿直職員を含めた全職員に対して定期的な教育を行うことを望みます。

評価対象 養護老人ホーム・軽費老人ホーム内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 生活支援の基本			
A③	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせた生活支援（生活相談等）を行っている。	c	心身状況の把握・理解には、入居時に本人または家族がアセスメント票に記載しています。その後は毎年、介護職がアセスメントを行っています。しかし、暮らしの意向等は確認しておらず、本人からの相談等があった場合に対応しています。今後は、アセスメント等を活かし利用者一人ひとりに応じた生活の支援について検討していくことを望みます。
A④	A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b	コミュニケーション障害等で特別な配慮が必要な利用者はいません。職員による利用者への声掛け等については虐待対応の研修で学び、また職員がコーチングインストラクター資格を有していることから他の職員指導が可能な体制にあります。利用者からの話には傾聴と価値観を認めるよう対応しており、食事時などに話したり必要に応じ個室で対応しています。今後、職員が認知症について学ぶ機会を持つとともに、利用者の孤立の防止や必要な支援に結び付けていけるよう取組むことを期待します。
A-1-(2) 権利擁護			
A⑤	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	身体拘束廃止及び虐待防止に関する研修は実施していますが日勤職員のみで宿直者には記録の回覧のみです。利用者に対する不適切対応がないかを年2回チェックリストで職員に実施し、確認しています。身体拘束及び虐待に関する規定・マニュアルは整備していますが権利擁護に関するものは整備していません。今後、宿直者を含む全職員が権利擁護に関する理解を深めるとともに、虐待に関する利用者および職員の相談先の紹介や施設の取組みを利用者本人や家族に周知することを期待します。

A-2 環境の整備

	第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A⑥ A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a	利用者が毎日利用する食堂周りには、施設からの情報提供等を多く掲示し、車いすの利用者も見やすいよう低い位置に掲示物を設置しています。施設の食堂は日当たりがよく、エアコンを設置し、大きな窓から手入れした庭を眺めることができます。施設の共有部分は清掃が行き届いており、テーブルの消毒も行っています。食堂の椅子は重厚感のある物を使い体格に合わせて選ぶことができ、姿勢を正しく保てるよう座布団やクッションも活用しています。浴室は、大浴室、中浴室、個浴があり利用者は自分のペースで入浴することができます。

A-3 生活支援

	第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑦ A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		非該当
A⑧ A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		非該当
A⑨ A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	施設独自で個別外出の支援は行っていないが、タクシーの利用や介護保険サービスの紹介、家族への協力を求め利用者の希望を実現しています。施設全体での外出行事も行っています。歩行自立維持には、朝食後に食堂でテレビ体操を流し、個人で体操を行っている利用者もいます。また、職員は転倒防止のため踵のある履物を勧めるなどしています。利用者は加齢に伴う身体機能の低下が予想されることから、今後移動の自立及び現状維持に向けた働きかけの工夫や移動支援マニュアルの整備等を期待します。
A-3-(2) 食生活		
A⑩ A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b	献立表は各階に掲示しています。利用者は行事食を楽しみにしており、年に1回嗜好調査を行い、毎週果物を提供したり、食器を温めるなどの改善を行いました。また、介護職員は献立に関する利用者からの声を栄養士に伝え、栄養士も直接食事風景を見たり利用者に気軽に声をかけています。調理は委託のため毎月給食会議を業者と施設担当で行っています。食事中は音楽を流し和やかな雰囲気づくりをしています。食事介助や衛生管理マニュアルがないためマニュアルを整備することを期待します。
A⑪ A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	利用者個別の嗜好調査を行いアレルギーや禁食、また医師からの制限食等の指示に対応しています。嚥下能力や本人の好みも考慮し粥や刻み食等の対応をしています。食事の提供は委託業者が実施しているため、個別対応をしている利用者の食事トレイに名札を置き、職員がダブルチェックして提供しています。栄養状態の把握は2か月に1回入浴時に自己測定による体重記録を参考にしています。今後、誤嚥・窒息などの事故発生の緊急対応方法を確立し、マニュアルの整備等緊急時に職員が対応できる取組みを期待します。

A12 A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b	歯科衛生士による口腔ケアについての講話を毎年実施し、歯の状態を確認しています。日々の歯磨きは利用者各自で行っており、必要に応じて歯科医院を紹介しています。職員に対して口腔ケアの意義を学ぶ機会を作るとともに、今後は歯科衛生士等の助言・指導を受けて、口腔状態や咀嚼嚥下機能の定期的なチェックの実施を期待します。
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A13 A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。		非該当
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A14 A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。		非該当
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A15 A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	c	自立が基本の施設のため施設での積極的な機能訓練や介護予防活動への意識はありません。職員は個人でできる運動を勧めたり、テレビ体操やふまねっとの参加を促し、必要な場合は通所介護の利用を勧めています。レクリエーションの位置付けや頻度について再考するためにも、職員の研修等による知識の獲得も必要です。今後、社会生活の維持や介護予防について利用者が主体的に取組める支援や一人ひとりに応じた運動や介護予防活動を計画的に行い評価・見直しをすることを望みます。
A-3-(6) 認知症ケア		
A16 A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	c	認知症診断を受けた利用者や疑いの利用者に対して積極的に声掛けをし一緒に行ったり利用者の状態に合わせ、自立支援として個別対応をしています。介護職員は介護経験があることから改めて認知症に関する研修の実施は行っていません。また対応マニュアルもありません。認知症の症状が環境要因の場合は対応を検討し、改善を図るよう支援しています。今後は、宿直者も含め、認知症に関する知識と情報が得られるよう研修の実施を望みます。
A-3-(7) 急変時の対応		
A17 A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	c	安否確認は1日3回食事の際に行っています。日々の利用者の健康確認は利用者が体温を自己申告しています。職員が体調変化に気づいた際は、バイタルサイン測定と救急車の対応をします。AEDを設置しており、職員はAED操作ができます。事故発生防止のためのマニュアルはあり、職員1人が救急に関する研修を受講していますが全体共有は行っておらず、体調変化時の緊急対応マニュアルはありません。今後は体調変化時に迅速な対応するための手順を確立し、救急救命講習の定期的な受講や、宿直職員を含め職員全員が対応できるよう研修実施等の取組みを期待します。
A-3-(8) 終末期の対応		
A18 A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。		非該当

A-4 家族等との連携

	第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 家族等との連携		
A⑩ A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	○	年1回広報誌を家族等に送っています。他に利用者と家族等との連携で行っていることはありません。家族等が面会に訪問した際は利用者の様子を伝えていますが、面会のない家族等には特に対応していません。緊急時対応があった時のみ家族等に報告し記録しています。コロナ前は祭りを開催し家族等の参加もありましたが、今年は職員と利用者のみでの実施でした。今後、利用者と家族等との関係を踏まえた上で利用者と家族等がつながりをもてるような取組みや工夫を望みます。