

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)	奥村真一郎	総合	第270号
	(2)	小川原清美	福祉医療保健	第268号
	(3)	吉本 素美	福祉医療保健	第266号
	(4)			
	(5)			
サービス種別		特別養護老人ホーム		
事業所名称		特別養護老人ホーム 陽明園		
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 3 月 22 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 25 日		2024 年 11 月 26 日
評価合議日		2025 年 2 月 25 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

■ 法令遵守と研修体制の整備

法令遵守に関する研修や職員会議での周知を継続的に行っており、基本的介護技術や虐待防止など、実務に直結する知識の定着を図っています。新任職員への初期教育も実施しており、職員全体で法令理解の基盤を築いています。また、令和6年度事業指針において、介護保険法に則った介護の実践と支援の標準化を目指す方針を組織全体に表明しています。事業指針に従って内部研修を実施しており、職員が介護を受ける利用者役を体験し、どのように感じるかや、どのような介護が適切かなどについて話し合いを行っています。教育効果が高い研修を工夫するなど、職員全体の知識と技術の向上を目指した取組を行っています。

■ 家庭移行への支援

施設では、ショートステイ事業で、家庭から施設を短期的に利用する際の支援のノウハウを蓄積しています。そのため、数は少ないものの利用者の家庭移行への希望の実現に向け、家族との連携を行っています。利用者の家庭への移行にあたり、居宅介護支援事業所への情報共有により、必要な環境整備についての助言とともに、必要な介護サービスの提供などへとつながっています。また施設で行っていた介護や、家族でも行うことができる支援方法を動画にして渡すなど、利用者だけでなく家族支援も丁寧に行っています。

◇改善を求められる点

■ 事業計画の活用と利用者への周知不足

事業計画の策定と職員への説明は実施していますが、利用者や家族等に対する周知や説明の取組は十分ではありません。また、事業計画の計画内容が具体的な行動や数値目標として示されていないため進捗確認・評価・見直しが組織的に実施されていない点も課題であり、活用体制の強化が必要です。利用者や家族等への説明に当たっては、理解しやすい工夫を行うとともに、利用者や家族に聴取や確認を行うことで周知の状況を把握することが必要です。また、職員意見の集約や反映の仕組みを整えとともに、単年度ごとの計画の実施状況が次年度にどのように反映しているかや、中期計画等への妥当性や有効性の見直しに活用し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を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、重要事項説明書には第三者委員の氏名や連絡先は明記していません。また、その他の印刷物等においても第三者委員の連絡先は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。さらに、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により、利用しやすくする工夫も必要です。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

今回の評価結果につきまして、しっかりと受け止めて今後の改善に取り組み、より良いサービス提供に取り組んでまいります。

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： 令和 6 年 8 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)	特別養護老人ホーム 陽明園	事業 種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 059-1365 苫小牧市字植苗51番地の177		
電 話	0144-58-2421		
F A X	0144-58-2422		
E-mail			
U R L			
施設長氏名	島野 誠		
調査対応ご担当者	宮川 博文 (所属、職名： 介護課長)		
利用定員	80 名	開設年	昭和 53 年 2 月 1 日
理念・基本方針：理念「支え合って共に生きる」 基本方針 ①「支え合って共に生きる」という法人理念の明確化 ②透明性が高く、社会的に信頼され、開かれた法人経営 ③自律的で自己責任に基づく法人経営 ④経済合理性を基調とした財政の確立と施設経営の追求 ⑤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 ⑥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：個室ユニットケアの推進による個別ケアの実現を目指しています。			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		1 回 平成 28 年 2 月 8 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)

短期入所生活介護事業 定員 20 名

【利用者の状況に関する事項】（令和 6 年 8 月 13 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
1 名	2 名	3 名	10 名	19 名	20 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
16 名	8 名	1 名	80 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	1 名	名	名	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	9 名	4 名	名	3 名	1 名	1 名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	2 名	名	1 名	1 名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合 計	11 名	4 名	3 名	4 名	1 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	3 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
14名	12名	20名	11名	6名	6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	1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
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： 2年3カ月)

【職員の状況に関する事項】(令和 6年 8月 13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	生活相談員	介護支援専門員
常勤	46名	1名	名	1名	1名
非常勤	12名	名	名	名	名
	機能訓練指導員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	1名	34名	名	5名	名
非常勤	名	5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	2名
非常勤	名	名	名	1名	6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	3名 (名)
介護福祉士	26名 (3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	2485.13㎡		
(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	53 年	
(4) 改築年	平成	20 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	㎡		
(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】

・令和 6 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

・車椅子清掃

【実習生の受け入れ】

・令和 6 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 21 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。

- ・施設内に意見箱を設置している。
- ・相談や意見に対しては、相談室や居室などで対応している。

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果（介護老人福祉施設）

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・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 理念および基本方針を明文化し、全職員への周知を行っています。文書の配布に加え、新入職員研修において理念についての説明を行い、職員が理念の理解を深める機会を設けています。また、定期的に開催する職員会議において、理念・方針の再確認を行うことで、日常業務で実践しています。今後は、利用者や利用者家族に向けて理念や基本方針をわかりやすく伝えるとともに、地域住民や関係機関に対しても周知の機会を作っ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 法人の運営会議等を通じて経営状況の把握を行い、制度改定や人材確保に関する情報も収集しています。施設長が職員に対して必要な情報を伝える体制はありますが、情報共有は限定的であり、経営状況の分析を全職員で共有・活用する仕組みに課題があります。今後は、組織的な体制による経営分析と情報共有の強化が進むことを期待します。
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 施設として人材確保と定着を経営課題として捉え、勤務体制や休暇制度の見直しを進めています。施設長は職員の声を取り入れ、働きやすい職場環境づくりに向けた具体的な改善を実施しています。今後は、経営課題の明確化と改善の取組を計画的に整理し、全体で共有・継続的に実施できる体制を整えることを期待します。

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 法人の中長期的なビジョンを把握し、職員に対してその内容を周知しています。職員会議等で方向性について共有する機会を設け、職員の理解を促しています。今後は、中長期ビジョンに基づいた事業所内の具体的な目標設定と、それに沿った実行体制の整備を進めることを期待します。
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 法人の中長期方針を踏まえた単年度の事業計画を策定しています。計画内容は施設長から職員に説明し、職員もその方向性を理解しています。今後は、職員の参画により単年度計画を策定し、数値目標を定め、業務に具体的に落とし込み、進捗確認や見直しを行う仕組みを整備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。	b	年度初めに事業計画を策定し、職員に対して内容を説明しています。また、職員会議などで進捗状況の共有を行い、全体の方向性の理解を図っています。一方で、実施状況の評価や見直しについては明確な仕組みを整備しているとはいえ、今後は評価・改善に向けた体制の充実を期待します。
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	事業計画の内容について、利用者や家族への具体的な周知の取組は十分ではありません。掲示や文書配布などの情報提供体制が明確でなく、利用者や家族の理解を促す仕組みには課題があります。今後は、利用者や家族にも事業計画の内容がわかりやすく伝わるよう、情報提供の体制を整備することを期待します。

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	福祉サービスの質の向上に向けて、リスクマネジメント委員会や安全対策委員会などを活用した組織的な取組を行っています。職員会議においても業務改善に関する意見交換を行い、現場の課題に応じた改善活動を継続的に実施しています。今後は、これらの取組を通じた職員全体の意識向上と、施設全体の質の向上について自己評価を定期的に行うことによりサービスの質のさらなる向上を期待します。
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	委員会活動や職員会議を通じて課題を明確にし改善策を検討しています。各部署からの意見を踏まえた課題の抽出と改善内容の検討を行っています。しかし、改善策の一部は実行していますが、進捗状況の確認や改善内容の再評価については明確な仕組みが整っていません。今後は、自己評価や第三者評価の結果を踏まえ、計画的に改善策を推進する体制を整備することを期待します。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 施設長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) 施設長の責任が明確にされている。			
10	Ⅱ-1-(1)-① 施設長は、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	施設長が職員に対して自身の役割と責任を明確に伝えています。職員会議や日常業務において施設長が方針や立場を説明することで、職員との認識共有を図っています。新任職員にも業務の中で施設長の役割を伝えており、事業所全体での理解を得ています。
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。	a	施設長は、法令遵守に関する取組を継続して行っています。個人情報保護や虐待防止、事故報告などに関する内容を研修や職員会議で周知し、職員が日常業務に活かせるよう体制を整えています。また、新任職員にも関連法令を説明し、共通理解を図っています。

Ⅱ-1-(2) 施設長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	施設長は福祉サービスの質の向上に向けて意識づけを行っています。職員との面談や日常的な声かけを通じて意識の共有を図り、委員会活動などを活用して課題の把握や改善の指導を行っています。職員の実践に対して助言を行う場面もあり、施設長としての役割を果たしています。今後は、質の向上に向けた組織的な指導体制の整備が進むことを期待します。
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	施設長は、業務の実効性や経営改善に向けた課題を職員と共有し、指導を行っています。勤務シフトや職員配置の調整により業務効率の見直しを進め、現場の声をもとに改善に取り組んでいます。しかし、改善策の実施は一部に留まっており、組織的な改善体制には課題があります。今後は、経営改善と業務効率化に向けた指導体制の充実が進むことを期待します。

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	福祉人材の確保と定着に向けた取組を実施しています。求人活動を継続し、勤務シフトや休暇取得への配慮を行い、職員が働きやすい職場環境の整備に努めています。また、職員の勤務実態や希望を把握し、環境の見直しを進めています。今後は、人材確保と定着に向けた計画的な取組の推進のため、人材確保等に関して事業計画に盛り込んでいくことを期待します。
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	c	職員の勤務状況や希望に応じたシフト調整や業務分担を行い、職員の事情に柔軟に対応しています。一方で、人事評価制度やキャリアパスに関する明確な方針や仕組みは整備しておらず、総合的な人事管理の体制には課題があります。今後は、専門性をもつ職員の配置や育成を含めた体系的な人事管理の整備が進むことを期待します。
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。	b	職員の就業状況や意向を日常的に把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいます。施設長が職員との対話を通じて勤務状況を確認し、シフト調整や休暇取得に柔軟に対応しています。職員間でも協力しながら勤務調整を行っており、職場全体で支え合う体制を整えています。今後は、有給の取得率向上や、特定の職員に残業が偏っていないかなどを確認し、職員の就業環境の整備に努めていくことを期待します。
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	法人として、期待する職員像を定めています。目標管理制度を導入し、定期的に職員が面談と目標の達成に向けた取組を行っています。職員一人ひとりの育成に向けて、先輩職員による業務指導や日常的なフォローを行っています。特に新任職員に対しては、丁寧な声かけと支援を通じて職場への適応を図っています。一方で、育成に関する明確な計画や目標設定など、体系的な育成体制は整っていません。今後は、職員育成を組織的に進める体制を構築することを期待します。

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	年間研修計画に基づいて職員の教育・研修を実施しています。新任職員に対しては初期研修を行い、職務遂行に必要な知識や技術の習得機会を確保しています。職員の研修参加状況も把握しており、継続的な学習機会の提供に取組んでいます。一方で、教育・研修に関する法人の基本方針がありますが、施設として全職員に対する体系的な研修運営体制は明確ではありません。今後は、施設として職域や専門資格を考慮した計画的な研修体制の整備が進むことを期待します。
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	法人の年間研修計画に基づき職員の研修機会を確保しています。業務シフトの調整により職員が参加しやすい体制を整えており、eラーニングの活用も含めて全職員が研修を受講できる環境づくりに取組んでいます。一方で、職員一人ひとりの職務や習熟度に応じた個別の研修機会の設定には課題があり、伝達研修など全員への周知まで含めた体系的な仕組みの整備が必要です。今後は、個々の職員の目標や習熟度に応じた研修機会の拡充が進むことを期待します。
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。	b	実習生を年に数回受入れており、担当職員が業務内容の説明や指導を行う体制を整えています。現場職員が丁寧に対応し、実習の場としての役割を果たしています。一方で、実習受入れに関する明確な方針や指導者育成体制は十分に整っておらず、実習生の個別的な実習目標への指導体制やカリキュラム作成に課題があります。今後は、実習生育成に向けた体制の整備が進むことを期待します。

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	法人の運営情報をホームページや施設内掲示を通じて公開し、透明性の確保に取り組んでいます。運営情報の周知は一定程度行われていますが、利用者や家族への説明や情報提供の仕組みは限定的です。今後は、運営状況についてより積極的かつ継続的に情報を提供する体制の整備が進むことを期待します。
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。	b	経理処理や物品購入に関する法人の規程に則り、公正で適正な運営を行っています。施設長は方針に基づいた経営管理に努めていますが、職員への情報共有や透明性の確保に向けた体制には課題があります。今後は、運営の透明性をさらに高めるための仕組みづくりが進むことを期待します。

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	地域との交流を目的として、夏祭りや敬老会などの行事を実施しています。また、地域ボランティアの受入れを通じて、利用者と地域住民との関係づくりに取組んでいます。現在は感染症の影響により活動の一部を縮小していますが、地域とのつながりを重視した取組は継続しています。今後は、交流の機会がさらに充実することを期待します。

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。	b	地域のボランティア団体と連携し、利用者との交流活動を受入れています。ボランティアの役割や活動範囲は、都度調整を行いながら対応しています。一方で、受入れに関する明確な方針や手順の整備は十分ではなく受入れ体制には課題があります。今後は、マニュアルの整備など、受入れの仕組みを整備することを期待します。
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	医療機関や居宅介護支援事業所、地域包括支援センターなどとの連携を行い、利用者支援のための情報共有体制を整えています。通院・入院時の連絡体制も整備しており、実務上の連携は図られています。一方で、関係機関との定期的な情報交換やネットワーク形成の仕組みには課題があります。今後は、関係機関の機能や連絡方法などをリスト化し、継続的な連携体制の構築が進むことを期待します。
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	地域包括支援センターや民生委員などと情報交換を行っています。地域福祉の向上に向けて認知症カフェや認知症サポーター養成講座の開催や地域行事への協力などの活動を実施しています。地域住民や専門機関との接点はあるものの、地域ニーズを体系的に調査・分析する仕組みは整っていません。今後は、地域の福祉ニーズを的確に把握するための体制整備が進むことを望みます。
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。	b	施設では地域住民とのつながりを重視した取組を行っていますが、これらの活動は限定的であり、地域の福祉ニーズに基づいた組織的な展開には課題があります。今後は、地域貢献活動がより体系的に進むことを期待します。

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) 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	利用者サービスの基本姿勢を掲げ、施設長による年度初めの講話や毎朝唱和することで職員の共通認識を図っています。しかし、全ての職員が理解しているとは言えない状況です。そのため、研修の中で職員が実際に介護を受ける体験をすることにより、実感を持って利用者の尊重について考える機会を作るなどの工夫を行っています。今後はマニュアルにも利用者の尊重について具体的に記載するなど、サービスの質を向上する取組を継続していくことを期待します。
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	利用者個人のプライバシーに配慮したケアの提供に取組んでいますが、プライバシー保護に関する規定・マニュアルは整備していません。研修を含め、職員の理解を図るとともに、利用者や家族に対し、施設の取組を伝えてくことを望みます。

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	施設のホームページを活用する他、利用希望者には直接又は、居宅介護支援事業所などを通じて情報提供をしています。配布物などの見やすさに配慮し、文字を大きくするなどの工夫を加えています。今年度、施設や制度等の変更に合わせ、特別養護老人ホームの案内と、併設するショートステイを紹介したパンフレットを更新しています。
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	職員はサービス利用開始時の説明と同意は、本人及び家族に書面を用いて行っています。施設介護サービス計画の更新時については、担当者が限られていますが、意思決定支援のルールの統一には至っていません。今後、組織として意思決定が困難な利用者に対してどのように援助を行っていくのかなどの明確化を期待します。
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。	a	利用者の移行がほとんどない中、福祉サービスを継続し家庭へ移行したケースがあります。介護や福祉サービスの継続に配慮し、家族へ利用者の具体的な介護方法の動画を作成して渡すなど情報提供を行っています。また、居宅介護支援事業所をはじめとする専門職ネットワークを活かして地域の介護事業所と連携しサービス情報提供を行っています。
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。	c	個々の利用者から個別外出や売店での買物などの要望があった際に対応を行っています。現在のところ、個別の要望から他の利用者全般にわたって利便性の向上や満足度の向上につながる取組の検討にまでは至っていません。また利用者全体の満足の把握の仕組みは整備していないことから、満足度について個別に聴取する取組や、家族等に対するアンケート実施などを通して具体的なサービス改善に結びつけることが必要です。今後は、利用者満足を把握し、検討する仕組みの整備を行うことを望みます。
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	苦情対応の仕組みを整備し、利用開始時に職員が説明し、苦情があった際は都度対応しています。しかし、契約書には第三者委員の表記がなく、別紙の案内では、第三者委員の連絡先は同法人のサービス運営適正化委員会の電話番号と同一になっています。利用開始以降は利用者等への周知の機会がないことから、利用者や家族が苦情を申出やすい工夫や定期的に周知の機会を定めることも必要です。また苦情内容や解決結果等について公表し、苦情解決の仕組みが十分に機能するよう取組んで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	管理職等が施設内を巡回した際や介護職の日々のサービス対応の際に利用者からの相談等に対応しています。ユニット型特養のため個室となっていますが、相談場所もプライバシーの保護や利用者の希望に合わせるなどの対応をしています。以前は毎月開催していた親睦会も中断している状況です。今後は相談についてのマニュアルを整備するなど、受付けた内容に組織的に対応するよう取組んでいくことを期待します。

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	相談や意見がある場合は利用者が話やすい職員を選ぶことができます。相談等を受けた職員がその場で対応する内容からユニット内で検討し、さらには施設全体で取組が必要な場合など様々な内容が寄せられます。意見箱は設置していますが活用はありません。相談等の記録は行っていますが、報告の手順、対応策の検討等を定めた様式やマニュアルを整備し、組織的に取組むことを期待します。
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	リスクマネジメント研修を受講している管理職がリスクマネージャーとなって委員会を設置しています。事例の収集や要因分析と対応策の検討を行い、事故予見を報告し事故防止に努めています。今後は、これらの実績等を活用し職員に対し更なる安全確保・事故防止の研修や事例の分析と改善内容を職員に浸透していくことを期待します。
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	施設では感染予防及び発生時対応マニュアルを作成し、全職員を対象に研修会の実施と定期的な委員会を開催し、感染症予防に取組んでいます。また、令和5年に新型コロナウイルス感染症における業務継続計画（BCP）を作成しています。ガウンテクニックを体験しながら学んでいますが、吐瀉物対応など、コロナウイルス以外の感染症に対応した訓練も必要です。今後は、多種の感染症に対応した感染予防と蔓延防止のためのマニュアルの作成と、新型コロナウイルスに限定しないBCPの作成を期待します。
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している。	b	災害時の協力について等を消防署や自治会と話し合っています。非常災害対策計画を作成していますが、職員研修は机上訓練のみとなっており、全職員の参加とはなっていません。災害時の備蓄は備蓄品リストに従って栄養士が消費期限を確認し施設長が管理しています。BCPでは、避難時の運送車両の問題や法人内他施設との連携など、解決すべき課題が残っています。避難訓練の実施とともに、災害時には職員も被災者となることから、現実的な配置可能数の見込みや、災害時に外部のボランティアを活用する場合又は利用者が他施設に一時避難する場合の情報提供内容など、準備しておくべきものを含めて整理を行い、利用者の安全確保に向けた取組みを期待します。

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。	b	施設独自の介護技術マニュアルを活用しています。職員に対し、定期的に研修を行っており、職員一人ひとりが自らの介護が利用者にとってどのような影響があるのかを考え、利用者の尊厳やプライバシー保護について考える機会となっています。今後は、介護技術だけでなく、施設全体のサービスを網羅し、利用者のQOLを向上させるための支援についてもマニュアルを整備していくことを期待します。

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。	b	令和5年度に介護主任が施設独自の介護技術マニュアルを更新しています。標準化したマニュアルの読合わせなど、基礎的な部分の周知の機会がなく、実践状況の確認の仕組みがありません。個々の利用者に対応したサービスの検討は、多職種会議で行い対応していますが、標準的な実施方法の検証や見直しに関して時期や方法は定めていません。標準的なマニュアルは職員や利用者からの声を踏まえて年1回は組織的に見直しを行うことを期待します。
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。	b	利用者のフェースシートとアセスメント表がありますが、身体状況や現状の支援内容等が主なものであり、利用者の生活歴や人となりなど、利用者理解につながる内容はありません。利用者と家族の希望を記載する欄はありますが、記載がありません。また、アセスメントから担当者が把握した課題も記載が十分ではありません。そのため、施設サービス計画書も利用者の生活上必要な支援が主なものであり、利用者の生きがいや楽しみにつながる目標の設定がありません。特別養護老人ホームは生活の場であることも鑑み、利用者のQOLの向上の視点を持って計画を策定することを期待します。
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。	b	サービス計画書に基づき定期的なモニタリングによる評価、関係職員及び家族参加のサービス担当者会議の開催、サービス計画の更新と一連の手順により実施しています。さらに利用者状況変化時の随時変更も手順に沿って行っています。モニタリング用紙の利用者の本人と家族の満足欄の記載が空欄となっているなど、今後は、自己決定の支援とともに、それが難しい場合は職員が積極的に利用者のアドボカシーを行えるよう、研修などにより学びを深めていくことを期待します。
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。	a	電子カルテにて利用者一人ひとりに実施したサービス及び利用者の状態を記録し、職員が閲覧できるようにしています。また、ユニット会議の開催や、看護職から全体に対し申送りを行い、介護職員が把握しなければならない情報が漏れなく伝わるように工夫しています。
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。	b	個人情報保護規定を定めそれに基づき管理しています。コンピューターのバックアップや情報管理は法人本部が実施しています。職員全員に対し、個人情報の取扱いに関する研修を行うことや、漏洩対策と対応方法を定め、利用者や家族に対し個人情報保護の取組について周知していくことを期待します。

評価対象 介護老人福祉施設 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		
A① A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	b	認知症の利用者も多いことから、生活に関する希望をパンフレットを使用して具体的にイメージしやすいようにするなどの工夫をしています。一人ひとりに応じた生活の支援に24時間シートを活用しています。今後は、利用者の入所前の情報や生活歴なども踏まえ、その人らしい暮らしについて検討するとともに、ユニット型の特性を活かし利用者間の交流や、個別の生活習慣や価値観を尊重したサービスや活動を提供していくことを期待します。
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	職員は利用者個々の疾病や心身の状況に対応したコミュニケーションを工夫しています。認知症などのために意思表示が困難な場合には、動作や表情から利用者の気持ちを汲取り対応しています。今後は継続的な検討や、職員が利用者に対して用事があるときにだけ話しかけるのではなく、利用者との交流の目的で話かけ、コミュニケーションを行うことの効果とその技術、認知症などについての研修の機会を設け組織的に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。	a	施設では、原則として身体拘束を行わないことを重要事項説明書に明記しています。そのため、虐待防止及び身体拘束廃止のマニュアルの整備と虐待防止チェックリストを整備しています。利用者の権利擁護の取組みとして言葉使いや不適切ケアについても具体的事例を挙げて研修で取上げています。体験型の研修を行うことにより、介護の質の向上において権利擁護が重要な視点であることを職員が理解できるよう工夫しています。

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。	b	エアコンや扇風機を使用し館内全体で適温を保ち、快適に過ごせるよう配慮しています。利用者の身体機能や安全性を考慮し環境整備を行っています。外出が難しい場合や認知症の利用者が多いことも含め、季節感を感じられる工夫や、利用者のこれまでの生活を尊重し、利用者が混乱をしないよう配慮しつつ殺風景にならないよう工夫するとともに、くつろいで過ごせる環境づくりを期待します。

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。	b	利用者の身体状況に合わせた入浴方法を選択しています。入浴時は福祉用具を活用し、安全に配慮するとともに利用者自身ができることは自分で行うよう促しています。入浴の拒否がある場合は日時や介護者を変えるなどの対応を行い、無理強いせず利用者の意思を尊重していますが、同性介助の希望には人員体制の関係から十分に答えきれっていません。今後は、利用者にとって入浴が楽しみなものとなるような工夫や、入浴可否の判断や支援の方法などを介護技術マニュアルに定めることを期待します。
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。	b	利用者の自然な排泄を促すために個々の排尿間隔を把握し、定期的な誘導やトイレに行きたいというサインを見逃さずトイレへの誘導を行っています。失敗を減らすように24時間シートを活用しているほか、利用者の状況に応じポータブルトイレなども活用しています。
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	利用者の心身の状況に適した福祉用具の選定により、安全に移動できるよう担当職員が検討を行っています。機能維持の支援についてはコロナ禍以降、法人内のリハビリ専門職の助言を得ることが難しく、看護師が中心になって行っていますが、施設サービス計画への位置づけを含め、十分ではありません。今後は、リハビリ専門職の機能訓練のアセスメントと実施プログラムを活用し、利用者の移動の自立に向けた取組を再開することを期待します。
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	管理栄養士が利用者に嗜好調査を行い好みを把握し献立に活かしています。月に1回セレクトメニューを実施しています。介護職員は利用者がそれぞれのペースで食べられるよう食事介助の研修を行っています。調理は委託のため給食会議を行い情報の共有を図っています。食事をおいしく食べるためには、和やかで楽しい雰囲気をつくることも大切です。献立などの工夫とともに、喫食環境の整備についても検討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	管理栄養士による栄養ケア計画を作成しています。利用者の心身の状況や嚥下能力を考慮し食事形態や調理法の工夫や自助具の活用など関係者で検討しながら支援しています。利用者の身体状態を考慮した椅子やテーブルの高さの適合を行い、誤嚥防止に努めていますが、リハビリ専門職による嚥下能力のアセスメントの実施や、食事時の事故対応の研修を行うなど、職員の対応力の向上に取組んで行くことを期待します。
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	毎月歯科の訪問があり、利用者の居室で歯磨き指導を受けています。職員は年1回歯科衛生士による口腔ケア研修を活かし、利用者個々の状態に応じた支援を行っています。しかし、介護技術マニュアルには食後に口腔ケアを行うとの記載のみで、方法を明記していません。マニュアルを整備し、正しい方法で口腔ケアを実施できるようにしていくことを期待します。

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑮ A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b	利用者の皮膚トラブルのリスクを予見し、発赤等の皮膚変化を早期発見し看護職と連携して対応することで褥瘡の発症予防に取り組んでいます。褥瘡の発生はほとんどなく、発生しても早期対応により重症化する事例はありませんでした。今後は、栄養ケア計画と施設サービス計画の連動や、介護技術マニュアルにも取入れるなど、標準的な取組としていくことを期待します。
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑮ 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。	b	機能訓練指導員による機能訓練を月に2回程度不定期に実施していますが、施設長は利用者の活動性の低さを感じており定期的な実施が課題と認識しています。今後、リハビリ専門職の助言を得るなど、法人内の横断的取組により、一人ひとりに応じた機能訓練を計画的に行っていくことを期待します。
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑮ A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a	利用者の8割近くが認知症の診断を受けており、行動・心理症状も様々です。ユニット型の少人数の生活の場であるため、利用者同士の距離間や生活の場所の工夫など利用者が落ち着ける環境づくりの工夫を行っています。職員はeラーニングにより認知症研修を受講し利用者に対し支持的、受容的な関わりをしています。毎月の会議で対応について振り返りを行い、成功事例を共有して、より良いケアの実践に努めています。
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑮ 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。	a	施設では体調チェックマニュアルで急変時の手順を示し、年に数回シミュレーションを行っています。利用者の体調変化に早く気づくため日々の健康状態を観察し、小さな変化も記録し伝達を行っています。また、介護職員間の情報共有とともに看護職員と連携し、緊急時は迅速に対応しています。
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑮ 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。	c	終末期の対応について入所時に意向確認し利用者と家族に医療体制のない施設であることを伝えていきます。介護・看護職の人員配置や終末期ケア及び職員の精神的ケアの研修等実施に向けた課題は多く、現段階では終末期の対応は困難と考えています。今後は、契約段階から施設の方針を明文化したうえで、利用者と家族の意向の確認方法を定め同意を得ることや、終末期ケアの実施について検討を行うことを望みます。

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		
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。	b	職員は利用者の体調や調子に変化があった際は家族等へ電話連絡し不在時はメッセージを残し、連絡を記録しています。ケアプラン会議や家族等の面会時に利用者の様子を伝えるなど、家族との関係づくりをしています。感染予防のため施設への来訪を制限していましたが、今後はより連携を取りやすくなると考えています。家族との連携の目的や定期的な情報提供などの仕組みを定める必要があります。利用者との交流を増やすことや、家族への支援も含め、利用者を共に支えるという視点を持ち連携していくことを期待します。