

## 事業評価の結果（評価対象Ⅲ）

福祉サービス種別: 軽費老人ホーム  
事業所名(施設名): ヴィラ緑風苑

### 第三者評価の判断基準

- a・・・着眼点をすべて実施している状態
  - b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態
  - c・・・着眼点を一つも実施していない状態
- 実施していない状態  
 実施している状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	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り組みを行っている。	b	<input checked="" type="checkbox"/> 155 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。 <input checked="" type="checkbox"/> 156 利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。 <input type="checkbox"/> 157 利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。	○法人の理念には、「個人を尊重しつつ・・・」とある。理念に基づきこの3月には、職員全体で半年かけて“緑風苑スローガン”と行動規範として“緑風苑10カ条”を作成しており、利用者を尊重した姿勢が伺うことができる。 ○スローガンや行動規範は、職員会議のときに唱和しており、自分たちの日頃の支援を振り返る基になっている。さらに、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、研修・勉強会を実施することが望まれる。
			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。	b	<input checked="" type="checkbox"/> 158 利用者のプライバシー保護について、規定・マニュアル等の整備や、施設・整備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。 <input type="checkbox"/> 159 利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に関わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアル等について、職員に研修を実施している。 <input checked="" type="checkbox"/> 160 規定・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。	○“緑風苑10カ条”に「・・・自分がされて嫌なことはしません」「・・・あなたの立場に立ち、気持ちに寄り添います」と表記がある。施設・整備の面では、応接室を改修して相談室に変更するなど、プライバシー保護を考慮した工夫がされている。 ○今後、生活支援のなかで利用者のプライバシーの保護に配慮する点について職員で話し合うなど、研修の実施が望まれる。
		(2) 利用者満足の向上に努めている。	① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 161 利用者満足の向上を目指す姿勢を明示した文書がある。 <input checked="" type="checkbox"/> 162 利用者満足に関する調査を年1回以上に行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 163 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会を定期的に行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 164 利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。 <input checked="" type="checkbox"/> 165 利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。	○運営方針に“・・・利用者に満足していただける福祉サービスの向上に努めます”と明記されている。年度末に聞き取りのアンケートをとり、結果をまとめて検討して改善に努めている。アンケートは、教養娯楽、なんでも会、旅行、保証人さん、全体行事、小グループ活動、支援計画など生活全般にわたっている。また、毎月の全体懇談会（入居者の会）では、その都度行事等についてアンケートを取って、次の活動に活かしている。 ○食事については、利用者を5グループに分け、各グループ持ち回りで給食委員会を開いており、要望を聞いて満足度の向上に取り組んでいる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
					■ 166 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
Ⅲ	1	(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	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。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 167 利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。 <input checked="" type="checkbox"/> 168 利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。 <input checked="" type="checkbox"/> 169 相談や意見を述べやすいようなスペースに配慮している。	○第三者委員や相談窓口など、廊下に掲示しており、意見箱も設置している。また、月1回の全体懇談会での話し合いやアンケートなどで、意見を述べることができる。 ○個室において話をきくこともあるが、応接室を相談室に改修して、より相談や意見を述べやすい環境を整備した。
			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。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 170 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整備している。 <input checked="" type="checkbox"/> 171 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。 <input checked="" type="checkbox"/> 172 利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 173 苦情を受け付けて解決を図った記録が適切に保管されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 174 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 175 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。	○重要事項説明書に、苦情解決責任者、苦情受付担当、第三者委員の設置やその他の窓口が明記されている。また、苦情についてのポスターも掲示されている。 ○意見箱の設置、アンケートの実施など、意見や苦情を言いやすいように工夫して取り組んでいる。公開が必要な内容は、全体懇談会で報告している。
			③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b	<input checked="" type="checkbox"/> 176 意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。 <input checked="" type="checkbox"/> 177 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。 <input type="checkbox"/> 178 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 179 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	○苦情解決管理規定があり、それに基づいて検討し改善、記録に残している。入居者同士の関係や、食堂の席についての要望や苦情が比較的多く、入居者に配慮して対応している。
の2 確保 サービスの質	(1) 質の向上に向けた取り組みを組織的に行っている。	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。	a	<input checked="" type="checkbox"/> 180 定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。 <input checked="" type="checkbox"/> 181 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 182 評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。	○第三者評価は、今回3回目で定期的に受審をしている。評価結果については、職員会で報告し検討されている。 ○対応マニュアルについては、定期的に見直しを行うことがのぞましい。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
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。	a	■ 183 職員の参画により評価結果の分析を行っている。	○中期目標には、前回の第三者評価受審後の課題があげられており、地域の関係づくりなど改善に向けた取り組みがなされている。今回の受審後も、職員全体で課題を共有し、改善策の検討、改善計画の策定、実施に向けて取り組まれることを期待したい。
					■ 184 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。	
					■ 185 職員間で課題の共有化が図られている。	
					■ 186 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。	
					■ 187 改善策や改善計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。	
		(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。	① 提供するサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	c	□ 188 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	○37年間の実績をもとに、入居者に必要な生活支援を提供している。法人内の人事異動もあることから、積み重ねてきた実績を標準的なサービスとして文書化することが望まれる。また、その際には、生活支援のなかでの利用者尊重、プライバシーの保護についても話し合い明示されることを期待したい。
□ 189 標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。						
□ 190 標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。						
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		□ 191 サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。		○実施方法については、定期的に入居者アンケートや職員の意見を参考に見直しをされることが望ましい。	
		□ 192 見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。				
(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	① 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	a	■ 193 サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。	○サービス実施計画に基づいてサービスが提供されている。サービス記録については、現在パソコンに入力して管理している。パソコン委員会を中心に書式の検討を行い、職員間で差異が生じないように取り組んでいる。		
			■ 194 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導などの工夫をしている。			
	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		a	■ 195 記録管理の責任者が設置されている。	○文書管理規定、プライバシーポリシーが整備され、責任者、記録の保存、廃棄、情報の開示等について定められている。 ○職員は個人情報保護法を理解し、入職時に誓約書を提出している。	
				■ 196 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。		
			■ 197 利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。			
			■ 198 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。			
			■ 199 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
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。	a	<p>■ 200 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。</p> <p>■ 201 情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。</p> <p>■ 202 パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。</p>	○月1回の職員会議、介護職会議（ケアカンファレンスを含む）が月2回、日々の朝礼等、必要な情報が共有できる体制が整備されている。 ○パソコン内には、入居者の必要な情報や状況が入力されており、事業所内で、情報を共有する仕組みができています。
3	サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	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。	a	<p>■ 203 インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成し公開している。</p> <p>■ 204 事業所を紹介するパンフレット等を作成している。</p> <p>■ 205 理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、公共施設等多数の人が手にすることができる場所に置いている。</p> <p>■ 206 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。</p> <p>■ 207 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。</p>	○法人のホームページに法人全体と各事業所の紹介がなされている。パンフレットは、写真等を活用して、誰にでも分かりやすい内容となっている。 ○入居にあたっては、すべての方が見学に来られ、希望に応じて体験入居に対応している。
			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。	a	<p>■ 208 サービス開始時に、サービス内容（各種相談、助言、協力及び公的サービス等の利用の援助、レクリエーション、食事、入浴、健康診断、衛生管理、夜間や緊急時の対応等の安全確認等及び安否確認）や料金（実費の考え方、退去時の精算及び返還金）等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者に説明している。</p> <p>■ 209 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮（例えば日常生活自立支援事業の活用）を行っている。</p> <p>■ 210 サービス開始時には、経営者の名称及び主たる事務所の所在地、提供するサービスの内容やその利用料、サービスの提供年月日、苦情を受け付けるための窓口等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容の書面を交付している。</p> <p>■ 211 重要事項説明書等の資料や契約書の内容は利用者にもわかりやすいように工夫している。</p> <p>■ 212 入所死亡時の対応が確認されている。</p>	○サービス開始にあたっては、運営規定、重要事項説明書、契約書を用意して、施設の目的や概要、サービス内容、利用料金、苦情受付窓口等、入居者や家族等に、丁寧に説明を行なっている。 ○死亡時の対応については、契約書に記載されている。



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)
Ⅲ	3	(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	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。	a	<p>■ 213 他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。</p> <p>■ 214 サービス終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。</p> <p>■ 215 サービス終了時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。</p>	○他の事業所や家庭への移行の際は、求められた文書を渡しており、継続性を配慮して生活面での状況を伝えている。 ○退所時には、必要に応じて相談窓口や担当者についての文書を渡している。また、退所後の状況を確認するため、退所先へ訪問している。
	4	(1) 利用者のアセスメントを行っている。	① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	<p>■ 216 利用者の身体状況や、生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。</p> <p>■ 217 アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。</p> <p>■ 218 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては医師や弁護士など組織以外の関係者も）が参加して、アセスメントに関する協議を実施している。</p> <p>■ 219 利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が明示されている。</p>	○現在、アセスメント様式についてパソコン管理に移行中だが、統一した様式によって把握している。担当職員が、入居者と面談して要望を聞き取り、課題を明示している。 ○ケアカンファレンスを実施して、1年に1回定期的に見直しを行っている。
			(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	① サービス実施計画を適切に策定している。	a	<p>■ 220 サービス実施計画策定の責任者を設置している。</p> <p>■ 221 サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されるとともに、機能している。</p> <p>■ 222 サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係職員も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。</p>
			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。	a	<p>■ 223 サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。</p> <p>■ 224 見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</p> <p>■ 225 サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</p>	○サービス実施計画は、1年に1回手順に添って評価・見直しを行っている。計画内容は、会議等で確認し、いつでも見ることができるようパソコンで管理されている。 ○緊急に変更する場合は、日々の朝礼等で変更する仕組みがある。