

長崎県福祉サービス第三者評価結果報告

1. 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 ローカルネット日本評価支援機構

2. 事業者情報

名称:社会福祉法人 豊寿会	種別:ケアハウス(軽費老人ホーム)
代表者氏名: 藤井 正寛	定員(利用人数): 40名
所在地: 〒857-0064 佐世保市赤崎町1042番地	

3. 総評

◇特に評価の高い点

①事業所の立地兼アクセスの良さ

事業所の立地は佐世保湾が一望できる高台の絶景地に位置しており、季節毎の夜景、花火大会鑑賞等展望には目を見張るものがあり利用者の癒しの空間が展開している。

又、利用者、家族の利便性を考慮しバス停を事業所玄関前に作ってもらう働きかけが行われ玄関から数歩の距離にバス停が設置され利用者、来所者に好評である。

②医療連携による安心感

嘱託医との医療連携により24時間受診体制確立、ターミナル時の365日体制が構築されており利用者、利用者家族にとって安心感溢れる事業所である。

又、口からの食事は生きる源との信念に基づき食事提供については利用者の突然の要望にも臨機応変な対応が可能である。

③好設備と好接遇

理念に掲げる『人と人とのふれあいを大切に』との思いで利用者に対する支援が行われており、改築後5年と新しい居室はバリアフリー化、冷暖房、ウォシュレットトイレ、スプリンクラーなどの設備も完備し、清掃が行届き清潔で居心地良い空間となっている。

施設長は社会福祉事業もサービス業との信念に基づき目指すのは一流ホテルの接客であるとの姿勢は、明確で職員教育も行届き利用者、来所者への笑顔の挨拶は事業所の明るい雰囲気を作り出している。

◇改善を求められる点

①理念の周知活動

事業計画は事業所が目指すべき姿勢の明確化のためにも、中長期のスパンでの策定が必要である。理念も含め各種会議等による職員への周知及び利用者、利用者家族への家族懇親会等の機会を通じた周知活動の取組に期待したい。

②リスク管理の一環として日常業務の記録

業務毎にマニュアルも整備され日々の支援活動の中で問題点等の事例も、その都度職員間で共有し検討されているとの事であるが、記録が無く口頭での確認となった。

今後はリスク管理の観点からも記録される事を提案した。又、一部支援活動の中で事故防止を優先されており、利用者のQOL向上に向けた取組が今後の検討課題と感じられた。

③前向きな地域密着活動

地域性もあり、地域に開かれた事業所としての取組には時間を要するとの事であるがボランティア受入等地域密着の為の前向きな取組に期待したい。

4. 第三者評価結果に対する事業者のコメント(事業所記入欄)

第三者評価は初めての受審であったが、自己評価を通して改めて事業所としての良い点や悪い点を再確認でき、今後の課題が明確になった。これからのビジョンを統一、周知してサービスの向上につなげていきたい。

5. 各評価項目にかかる第三者評価結果 (別紙)

6. 利用者調査結果 (別紙)

9. 定員及び現在の利用者：

- (1) 入所定員 (50人)
ショートステイ定員 (人)

(2) 現在の利用者の

- 平均年齢 : (87.2 歳)
平均要介護度 : (1.8)
要介護度の内訳 : (平成 25年 8月 1日現在)

	要支援	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	認定中	合計
男性	3	1	1	1				6
女性	5	8	2	3	6	3		27
合計	8	9	3	4	6	3		33

10. 施設の状況

(1) 居室の状況

	室数	面積 (m ²)
個室	50	17.8
二人部屋		
三人部屋		
四人部屋		

(2) 食堂の状況

- 食堂数 : (6)
定員一人あたりの食堂面積 : (6.0 m²)

(3) 建物の状況

単独型 : (3 階建)

併設型 : 併設種別 (m²)

(m²)

使用階 (階)

建築 (含大改築) 後の経過年数 : (5 年)

大改築計画の有無 : (無)

(4) 近隣の環境 (閑静な住宅地、近隣が公園で緑が多い、商店街が近く買い物に至便など)

佐世保湾を見下ろす緑豊かな高台にあり、心癒される環境に包まれています。

11. 苦情解決の体制について

(1) 第三者委員設置の有無

・設置している

↓

委員数 : 2 名

活動状況 (訪問頻度等) : 年に 2 回の訪問

(2) その他苦情解決に向けての取組み (意見箱の設置、オンブズマンの導入等) についてご記入ください。

- ・意見箱の設置
- ・苦情対応委員会の開催

12. 各種マニュアルの整備

(1) 基本業務実施マニュアル (整備していない)

(2) 感染症対応マニュアル (整備している)

(3) 事故発生対応マニュアル (整備している)

(4) その他のマニュアル類がありましたらご記入ください

- ・法令遵守マニュアル
- ・身体拘束廃止に関する指針
- ・防災マニュアル
- ・食中毒予防及びまん延防止のための指針
- ・安全衛生管理規程
- ・個人情報保護に対する基本方針
- ・苦情解決の取組みに関する実施要綱
- ・服薬管理マニュアル

13. 事業所の特徴

事業所のPRポイント等をご記入ください。

法人理念に沿って、ここを選んでよかったと提供いただけるような終の棲家を目指し家庭的な雰囲気作りを常に意識しながら心をこめたサービスの提供に努めています。また施設からの眺望は絶景で、全国的にみても引けを取らない素晴らしい眺めです。この眺望が癒しの空間を生みだし、健やかな日常生活へと繋がる相乗効果を発揮しているものと考えます。

以上

評価細目の第三者評価結果（共通）

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	評価者コメント
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	b	事業所建替えを機に職員間で話し合い『人と人とのふれあいを大切に、最高に価値あるものを全ての人々に』を理念に掲げ、毎年度の事業計画書、広報誌に明文化している。理念に添った法人使命、役割に対する記述が望まれる。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念に基づく基本方針を事業計画書に明示し方針に添った事業運営基本計画4項目が策定されている。
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	c	毎月一度は、理事長自ら事業所を訪問し職員全員に説明されている。毎日の朝礼、終礼時には職員間で話し合い理解を深めている。今後、周知に向け組織的、継続的取組に期待したい。
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	c	毎年の夏祭りを兼ねた家族会で理事長との交流を通じて説明は行われているが利用者も含め理念についての具体的説明は為されていない。周知のための具体的取組に期待したい。

Ⅰ-2 計画の策定

	第三者評価結果	評価者コメント
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	c	単年度の事業計画は策定されており、計画に基づく年度の事業報告書は作成されているが中長期的スパンの計画は策定されていない。今回を機に中長期を見据えた計画策定に期待したい。
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	c	単年度については年間行事、稼働目標、防災計画等具体的計画は策定されており実績報告書も作成されているが中長期の計画は今後の課題である。
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	c	計画策定は基本的にトップダウン方式で管理者、幹部職員及び職員の意見は調整されている。今後は策定段階から全員参加による組織的な取組に期待したい。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	c	職員に事業計画は配布され毎月の職員会議などの機会に口頭による周知は行われているが記録は残されていない。反復した研修と研修記録作成を望まれる。
I-2-(3)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	c	家族会を作る計画はあるが家族の事情等、ケアハウスとして難しい面があり現在は相談等で来所時等の機会を通じ随時の話が行われている。今後定期的な周知活動の仕組み作りを期待したい。

Ⅰ-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	評価者コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	c	役割分担は運営規程、重要事項説明書に明文化されており、定期開催の職員会議等により表明されている。緊急時の役割についても防災マニュアルに記載している。今後、役割に付帯する責任の明確化表明に向けた取組に期待したい。

I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	b	遵守すべき法令は介護室、医務室、事務室、厨房に配布し意識の徹底を図っている。管理者は事業計画に基づき外部の施設長研修会等に参加され会議報告も行われている。今後、遵守すべき法令のリスト化等周知徹底の為に具体的な取組に期待したい。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a	管理者自ら積極的に利用者との接点を持ち収集した情報を相談員にアドバイスしている。職員会議、昼食時、各種委員会等あらゆる機会に話し合い指導を行っている。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	財務チェック表のデータに基づく改善、有給休暇取得率の把握と職員配置、業務効率化に併せた環境整備の取組、社会保険労務士活用の検討等多面的に取り組んでいる。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

	第三者評価結果	評価者コメント
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b	行政の資料に基づく地域の情報収集、地域民生委員とのコミュニケーションによる情報、毎月開催の地域班長会出席による情報等にて環境把握が行われている。把握した情報と事業計画とをリンクさせた取組に期待したい。
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	b	利用者ごとに介護保険以外のサービスに対するコスト分析、法人内他事業所との比較による改善点を明確にしている。決算時に事務職員も含め職員間で共有し改善すべき点を朝礼等の機会に確認している。今後、表出した事案に対する中長期の事業計画への反映の取組に期待したい。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	税理士による外部監査が実施されている。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	評価者コメント
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	c	特別養護老人ホームの基準に基づく人員配置を目標に全職員資格取得に向けた取組が行われているが、記録等残っていないため確認出来なかった。今後の具体的な取組の記録が必要と思われる。
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	人事考課の目的、効果についての理解はされており介護福祉士の資格取得による手当付与の基準はあるが、職員に対する明確な説明、人事考課システムの確立には至っていない。公平な人事評価の為にシステム作りを期待したい。
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	b	勤務表、時間外届出書により就業状況のチェックは事務長を主に把握し、定期的開催の処遇改善委員会、定期昇給前、賞与支給時に面談の機会を設け意向の把握に努めている。
Ⅱ-2-(2)-② 職員の福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	b	職員の相談窓口は利用者相談窓口、法人第三者委員会との説明であるが実効性は難しいと考えます。福利厚生に対する積極的な取組に期待したい。
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	c	半年度の事業計画に職員研修計画、職員として目指すべき項目が明示し実施されている。今後中長期を見据えた取組に期待したい。
Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	c	全職員に対する介護福祉士資格取得の目標は明確であるが組織として具体的な教育、研修計画は個別に計画されていない。今回を機に個別計画策定に期待したい。

II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	c	年度事業計画により各種委員会開催頻度、参加職種を明示し随時研修が行われ、研修に参加の職員は報告書作成を通し全職員に周知を図っているが会議録は無い。評価見直しは今後の課題である。
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	c	前年度も含め受入実績はない。平成21年、国際大学の実習生受入時に管理者が実習プログラムを作成すると共に教授との電話、随時の面談による連携を図った実績はある。ケアハウスの位置づけ上定期的、継続的受入は行われていない。広く人材育成に向けた積極的な実習生受入の取組に期待したい。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	評価者コメント
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	b	8月23日トイレ入口にて転倒事故が発生、直に家族への報告も行われ、8月27日転倒防止の為通路の整理、家具配置の変更、コルクマット使用等の改善が行われた。事故防止対策委員会において事例検討も随時行われている。マニュアル類も種別毎に完備されているが、今後は定期的見直しに期待したい。
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	b	毎年2回建物定期点検表に基づき建物及び器具類の担当者によるチェックを行い問題点があれば関係者と協議し解決している。事業所は原子力潜水艦基地に近く毎年11月佐世保市主導の原子力防災訓練に利用者、職員が参加している。事業所の自主的な避難訓練も定期的に実施されている。備蓄は現在無く早急な準備を計画中である。
II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	c	事故防止対策委員会による隔月の話し合いは行われているが安全確保に向けた具体的取組とはなっていない。管理者も自覚されており今後の取組に期待したい。

II-4 地域との交流と連

	第三者評価結果	評価者コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	b	運営規程第37条に地域社会との連携を明示している。地区公民館祭りへの利用者の作品出品、近隣中学校、保育園との交流も行われ、市役所、公民館、病院等へのパンフレット配布活動等による社会資源の把握にも努めている。毎週一度移動売店が事業所を訪問し利用者の楽しみとなっている。
II-4-(1)-② 施設（事業所）が有する機能を地域に還元している。	c	平成24年、市立看護専門学校生徒の単位取得を目的とした演習受入実績はあるが単発であり計画的な活動は今後の課題である。
II-4-(1)-③ ボランティア受け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	地域との関係確保の一環としてボランティア受入は事業所の認知度アップも見込まれる。受入姿勢の明文化、職員研修、マニュアル整備に向けた取組に期待したい。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b	事業所として連携が必要な消防署、警察、病院、利用者に必要なと思われる銀行、郵便局、タクシー等の電話番号の一覧表を作成している。共有化に向け職員と一体となった組織的取組に期待したい。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	c	地域班長会（審議委員会）に毎月出席し連携を図っているが具体的取組は行われていない。今後社会資源の積極的な活用に期待したい。

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	c	市役所、長崎県の老人福祉施設協議会とは定期的交流を回り情報交換を行っている。病院、地区公民館へのパンフレット配布時の情報収集も行われている。今後は、地域特性もあり難しい面はあると思うが、地区住民のニーズの把握のための前向きな取組に期待したい。
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	c	収集した情報についての職員との共有化、情報を活用した活動には組織的取組が為されていると言いがたい。今後の取組に期待したい。

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	評価者コメント
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-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	事業計画書に『利用者本位』4項目を明記すると共に職員勉強会、身体拘束虐待防止委員会等を通し職員への意識付けが行われている。今後、周知徹底の為に継続した取組に期待したい。
Ⅲ-1-(1)-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。	c	法令遵守マニュアル、個人情報保護に対する基本方針は作成されている。各種プライバシー保護に関する規程は今後、事業所独自で作成検討されており、環境面ではプライバシーに配慮した設備面の配慮はされている。早期のプライバシー保護マニュアル作成及び周知活動に期待したい。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	c	事業所敬老会等の場を通じ、QOL向上に向けた話し合いは随時行われている。職員の日々のコミュニケーション活動による情報収集により利用者支援計画作成、見直しは組織的に実施されているが今後、利用者アンケート実施等積極的取組に期待したい。
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(3)-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	契約時に苦情相談窓口、第三者委員会の説明を行い複数の相談方法の説明を行っている。各ユニットに相談窓口の表示、相談室の確保、食堂前のロビーに苦情箱も設けている。
Ⅲ-1-(3)-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。	b	相談窓口を明記した重要事項説明書を玄関横の壁面に掲示している。日頃支援に携わらない事務長なども積極的な声掛けを行っている。苦情処理受付簿を作成し家族への報告も行われている。今後、ホームページを利用した公表も検討されている。
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	c	意見、要望に対する説明の重要性は認識され随時行われているが対応マニュアルが整備されていないため職員研修も含めた取組に期待したい。

Ⅲ-2 サービスの質の研

	第三者評価結果	評価者コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-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。	c	毎年度、事業計画と事業実績報告書を作成されており、自己評価に繋がる取り組みはされているが定められた評価基準によるものではない。尚、第三者評価の受審は初回である。今後の取組に期待したい。
Ⅲ-2-(1)-② 評価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。	c	今回の事業所全体での自己評価は、日頃の業務の振り返りと意識づけに役立つ取組みになっている。気づきや課題が明確になり、具体的な改善策に取り組まれる一連の手順を確立されることが期待される。

Ⅲ-2-(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。		
Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	c	利用者一人ひとりに応じて記録されているが、提供されるサービスの標準的な実施方法に基づいて実施されているかを確認する仕組みが未整備である。標準的な実施方法をマニュアルとして整備されることが望ましい。
Ⅲ-2-(2)-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	サービスの標準的な実施方法について組織的な検証や見直しの仕組みはないが、必要に応じて会議で検討され、改善に繋げている。福祉サービスの質に関する職員の共通意識を育てるため、サービスの質に関する検討が組織として定期的に継続的に行われる仕組み作りとその実践が期待される。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	b	利用者一人ひとりのサービス計画に基づき、施設独自のチェック表に沿って実施状況が把握されている。記録の基本として、略語を使わない、誰が見てもわかりやすい言葉で記録することを指導されている。今後学習会や研修会を通して記録要項を作成されることが望まれる。
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	管理体制の信頼性を鑑み記録管理の責任者を明確にされることが望まれる。記録等に関する個人情報保護と情報開示に関する規定はあるが、今後記録管理について規定を整備されることが期待される。
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。	b	日常業務の流れとして、朝礼、申し送り、連絡帳の活用で職員間の情報は共有化されている。連絡帳には全員のサインがなされ、伝達状況のチェックは介護主任が実施する体制になっている。今後は申し送りの簡素化への工夫や情報共有の徹底に期待したい。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	評価者コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-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	法人のホームページが作成され、更に内容の充実にもむけ意欲的な取り組みをされている。事業所の資料を福祉関係や公共施設等へ配布設置、新聞折り込みへのチラシ配布など利用者への情報提供に繋がっている。又見学や体験入所など、利用者や家族の希望に応じた対応が工夫されている。
Ⅲ-3-(1)-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。	b	サービス開始時の利用者や家族に対し、理解が得られるように解り易く説明されている。同意までの経過も利用者台帳に記録されている。特に利用料金については利用料金表を作成し利用者へ配布されている。今後は説明やご理解の時間短縮ができるような工夫が望まれる。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-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。	c	サービスが移行される利用者へサマリーを作成され情報提供されている。サービス移行の実績もあり、相談等について口頭で説明されている。今後は、明文化した文書作成・交付の取り組みに期待したい。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	評価者コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	b	統一されたアセスメントシートに沿って身体面・精神心理面・社会面・生活行動状況等詳細な項目別に把握されている。サービスプラン作成担当者が、利用者・家族の意向を確認し、課題と目標設定に繋げ、それらを反映したプランが合議の基に作成され、利用者・家族の同意を得る仕組みになっている。プランの期間も明記され、緊急時、定期的な見直しは手順に沿って実施されている。今後は他職種にわたるアセスメントの協議が望まれる。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	b	統合アセスメントが反映された施設サービス計画書が作成され、計画作成担当者が実施計画策定の責任者となってサービス担当者会議の開催や利用者・家族への説明・同意を得る仕組みになっている。又サービス会議へ利用者・家族の出席の有無も確認されている。今後は、サービス計画書に利用者・家族の同意の明記が確認できることが望ましい。
Ⅲ-4-(2)-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。	c	サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しはなされているが、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はなく、明示されていない。今後明示されることで業務手順の統一と周知を図り、サービスの質の向上に反映されることが望まれる。

評価細目の第三者評価結果（高齢者施設）

IV 適切な処遇の確保

IV-1 各種サービスの提供

	第三者評価結果	評価者コメント
IV-1-(1) 施設的环境		
IV-1-(1)-① 利用者が利用者どうし、または家族や地域の人たちと交流しやすい家庭的な生活空間づくりに配慮されている。	a	緑豊かな見晴らしの良い高台の静かな環境で、平成20年に新築された洋風建築構造のケアハウスである。利用者・家族の交流できる広々とした多目的ホールやカラオケ、DVDが視聴できるお部屋も完備され、各階には利用者の交流スペースもある。室内外の清掃も行き届き、廊下や階段や食堂などさりげなく絵画や花が置かれ、家庭的な雰囲気を感じられる。
IV-1-(1)-② 換気、空調、音や光の強さ等が配慮されている。	a	空調管理がなされ、温度や湿度の適切な設定がなされている。高い天井と透明な窓ガラス、カーテンの設置などで自然採光と照明を適宜に利用した明るさで、落ち着いた生活空間になっている。適切に節電も実施されている。
IV-1-(1)-③ 心身機能の低下を補うような施設の配慮等がされている。	c	利用者にとっても、介護者にとっても利用しやすいハートビル法適合建築物になっている。利用者の心身機能の把握はアセスメントシートが活用され、利用者の日常生活の自立を維持できるように、自助・補助具の活用や支援を心掛けている。問題として認識されている脱衣所の手すり等を検討されることが望ましい。
IV-1-(2) 心身機能の維持・改善		
IV-1-(2)-① 心身機能の改善及び寝たきり防止のために、利用者の心身機能などの状況に応じた体操やレクリエーションを計画的に行っている。	c	利用者も職員も全員で9:30にラジオ体操を実施されている。また理学療法士から看護師が指導をうけ、利用者へ日常生活の中で心身機能の維持・改善へ向けた取り組みを行っている。実際の取り組みが具体的に日課表に明記されることが望ましい。又、ボランティア受け入れの積極的な取り組みが希薄であり、今後の取り組みに期待したい。
IV-1-(3) 介護が必要になった時の対応		
IV-1-(3)-① 介護が必要となった場合に、本人の意向を踏まえたと必要な手続きや利用についての援助が可能である。	c	要介護認定の代理支援手続きは事務所で一括して行っているが、マニュアルは整備されていない。今後整備されることが望ましい。
IV-1-(4) 食事の提供		
IV-1-(4)-① 認知症高齢者への対応を適切に行っている。	c	部外研修を職員へ伝達し、利用者への対応に生かしている。利用者の認知症は増加傾向にあり、マニュアルの整備の必要性を認識されている。又法人の理事に医師がおられ、協力を得ながら、職員研修を具体化したいと積極的な姿勢がつかえた。

IV-1-(5) 医療依存度の高い利用者への対応		
IV-1-(5)-① 医療依存度の高い利用者も受け入れ、医療と連携する等、適切な対応を行っている。	b	定期的な会議で問題解決を図っている。特にターミナル期の利用者を受け入れて取り組んでいる。必要時には、緊急連絡網で連絡・応援体制が整備されている。今後は、マニュアルの整備が望まれる。
IV-1-(6) 食事の提供		
IV-1-(6)-① 食事は利用者の身体状況に合わせて提供している。	b	利用者の咀嚼・嚥下状態に応じて、一律ではなく様々な食事が提供されている。自施設で調理しているので、急な食事変更にも対応できる。又、「自分で食べる」ことの意義を重視し、効果的に自助具を活用している。今後は栄養摂取量の把握や治療食の提供が望まれる。
IV-1-(6)-② 食事を楽しめるような工夫を行っている。	b	地域や季節の食材を考え、視覚にも配慮し、食事摂取状況や利用者の声を献立作成に反映している。又、1回/月の誕生会では、BGMや食堂の装飾を行い、楽しい食事ができるように工夫されているが、更に毎日の食事が楽しみとなるよう、週間献立の他に毎日の見やすい献立の掲示や嗜好調査を反映された選択食を取り入れるなどの工夫が望まれる。
IV-1-(7) 健康管理サービスの実施		
IV-1-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	c	ケアハウスに医務室があり看護師が配置されている。週1回の往診、月1回の健康診断が実施され、個人健康管理記録表にて健康状態の変化が把握できるようになっている。必要時、歯科医の往診もあり、口腔ケア等の指導も受けているが、今後は歯科医の定期的な指導や健康管理マニュアル整備の取り組みに期待したい。
IV-1-(7)-② 服薬の管理は適正に実施している。	c	マニュアルを遵守した内服の確認・保管がなされ、服薬介助を実施されている。夜間の緊急時は、委託医へ相談できる体制ができている。今後は内服管理表の作成や定期的なマニュアルの見直しと共に県の監査による指摘があるように自立された利用者への服薬確認等の検討が望まれる。
IV-1-(7)-③ 感染症予防対策を適切に行っている。(結核、インフルエンザ、疥癬等)	b	施設内には清潔な手洗い場に加え、アルコール含有ゲル消毒薬も設置されている。感染症マニュアルも整備され、安全衛生委員会の定期的開催を通して感染症予防にも取り組まれている。今冬インフルエンザ罹患者が8名出たことで、会議で決定された対策をマニュアルに追加されることが望ましい。今後インフルエンザ予防に早期に取り組むたいと施設管理者の意気込みが感じられた。

IV-1-(7)-④ 食中毒予防対策を適切に行っている。	b	厨房職員は就業開始時に衛生管理点検表に沿って体調や服装点検がされている。又、衛生管理点検されることで、厨房職員の安全衛生への意識付けにも役立っている。今後はマニュアルの定期的な見直しが見られる。
IV-1-(8) 生活関連サービスの実施		
IV-1-(8)-① 利用者の生活を豊かで明るいものとするため、生活の質を高める取り組みを行っている。	c	利用者の希望を取り入れたクラブ活動やレクリエーションの取り組みが行われているが、マンネリ化の傾向にある。利用者にとって人気が高いのは買い物で、今後は利用者にも多様なレクリエーションを提供できるようなアイデアを期待したい。
IV-1-(8)-② 金銭管理が必要な場合はマニュアルに従って実施し、記録と報告を行っている。	該当なし	金銭管理は行っていないため、「該当なし」。
IV-1-(9) 利用者家族との交流		
IV-1-(9)-① 利用者の健康状態や生活の様子について、必要に応じて家族（身元引受人を含む）に知らせている。	b	年間行事の様子をわかりやすく通信にして送付している。送付する場合、必ず生活の様子などメッセージを書き添えている。不定期な通信ではあるが年に数回送付している。ケアハウスでの暮らしぶりや健康状態については、緊急時や必要時に連絡されているが、今後は定期的な取り組みに期待したい。
IV-1-(9)-② 施設と家族との交流を行っている。	b	サービスプランのコピーや広報誌を家族へ送付している。1回/年の夏祭りが利用者・利用者家族・職員の参加で実施され、一同が顔を合わせる機会になっている。又利用者家族の交流の場になって好評である。御家族が来られた場合は、一声かけることを実践し、状況に応じて「相談日誌」も活用している。今後は家族会に準じた取り組みに期待したい。

IV-2 権利擁護

	第三者評価結果	評価者コメント
IV-2-(1) 成年後見制度等		
IV-2-(1)-① 利用者の権利擁護のために成年後見制度や日常生活自立支援事業に関する情報を提供している。	b	利用者から「成年後見制度」の利用申請があり、外部関係機関と連携し手続きの支援を行った実績があり。今後はパンフレットの準備をされるなどの取り組みを期待したい。
IV-2-(1)-② 利用者に対して緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体的拘束は行わないようにしている。	c	認知症の進行に伴い、安全のためベッド柵を設置した事例があった。手順に沿って、開始時に家族へ説明後同意書を作成し、詳細な記録を行い、改善策として利用者への説明、巡回や見守りの頻度を増やすなど実施した。基本的に身体拘束をしない姿勢で業務に望んでいる。身体拘束廃止に関する指針が整備され、朝礼や職員会議において職員の意識啓発に努められている。更なる外部・内部の研修を通し職員の意識啓発や身体拘束廃止マニュアルを整備されることを期待したい。
IV-2-(1)-③ 利用者に対する暴力、言葉による脅かし等の不適切な関わりの防止と早期発見に取り組んでいる。	b	法令遵守、福祉従業者としての行動規範の中で周知されている。又、日常的に朝礼や会議などを通して、職員に周知徹底されている。今後は具体的事例を通して、対応策まで踏み込んだ研修を計画されるなど積極的な姿勢が窺えた。今後は研修の計画を具体化して実践し、職員の介護援助に生かせるよう期待したい。

IV-3 その他

	第三者評価結果	評価者コメント
IV-3-(1) 安全・災害防止		
IV-3-(1)-① 防災（火災、風水害、地震等の災害）に関するマニュアルが整備されており、その対応方法について全職員に周知されている。	b	防災マニュアルが整備され、消防計画の見直しも毎年行われて、消防署の評価も高い。利用者や職員で月1回の避難訓練を実施し、避難方法等が周知されている。地域と連携した防災訓練にも毎年参加されて、防災への危機意識が共有されている。今後は定期的なマニュアルの見直しが望まれる。
IV-3-(1)-② 不審者の侵入時などに対応できるマニュアルが整備されており、その対応方法について全職員に周知されている。	c	宿直者が施設の施設や安全確認を行っている。今まで不審者侵入の事案はないが、今後不審者対応マニュアルを整備されるよう期待したい。

長崎県福祉サービス第三者評価 利用者調査結果

評価機関名 特定非営利活動法人 ローカルネット日本評価支援機構

事業所名称 社会福祉法人豊寿会 ケアハウスあかりさき

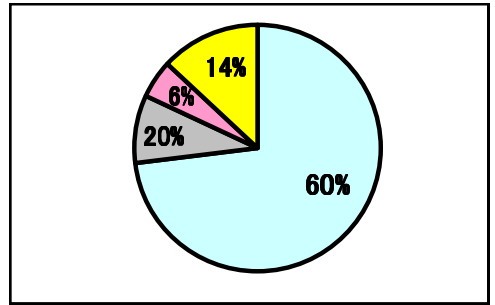
調査の対象・方法
 対象：ケアハウス あかりさきの入所者
 方法：調査用紙をまとめて事業所より評価機関へ郵送、回収。

調査実施期間 平成25年7月16日～平成25年8月26日まで

アンケート結果平均

利用者総数（人）	40
調査対象者数（人）	40
有効回答数（人）	14
回収率（%）	35

はい	245件	60.0%
どちらとも いえない	57件	14.0%
いいえ	24件	6.0%
わからない	80件	20.0%



総 評

福祉サービス第三者評価を実施するにあたり、利用者へのアンケートを実施したところ、対象者40人中14人だった。14人の中には、利用者の代理としてご家族からの記入もご協力いただいている。

全体的に『はい』の次に『わからない』（無回答も含む）の回答が多いことが分かる。特に『機能訓練』の項目について『はい』より『わからない』の回答数が多い。『はい』の回答数については「職員の対応」「プライバシーの配慮」と100%にはいかないが、86%の回答を得ている。

今後は、『わからない』の回答が減るよう利用者への情報の透明性の確保と、更に『はい』の回答が得られるように、今後の取り組みに期待したい。

評価対象	No	質問項目	回 答	回答数	(%)	
全サービス共通項目						
施設の理念・基本方針	1	施設の理念や方針について、知っていますか。	はい		8 件	57 %
			どちらともいえない		2 件	14 %
			いいえ		1 件	7 %
			わからない		3 件	21 %
施設の理念・基本方針	2	【はいの場合】施設の方針は、自分にとって適切だと思いますか	はい		8 件	57 %
			どちらともいえない		1 件	7 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		5 件	36 %
職員の対応	3	職員は親切、丁寧に対応してくれますか。	はい		11 件	79 %
			どちらともいえない		2 件	14 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		1 件	7 %
職員の対応	4	職員は何かにつけ気軽に声をかけてくれますか。	はい		12 件	86 %
			どちらともいえない		2 件	14 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %
プライバシーへの配慮	5	「あなたが秘密にしたこと」を他人に知られないように配慮してくれますか。	はい		9 件	64 %
			どちらともいえない		1 件	7 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		4 件	29 %
プライバシーへの配慮	6	職員が居室にはいるときにノック又は了解を求めますか。	はい		12 件	86 %
			どちらともいえない		1 件	7 %
			いいえ		1 件	7 %
			わからない		0 件	0 %
利用者の意向の尊重	7	職員はあなた(あなたの意思)を大切にしてくれますか。	はい		11 件	79 %
			どちらともいえない		1 件	7 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		2 件	14 %
利用者の意向の尊重	8	施設の中では「自分のしたいことができる雰囲気」がありますか。	はい		5 件	36 %
			どちらともいえない		4 件	29 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		5 件	36 %
利用者の意向の尊重	9	困ったことを相談できる職員がいますか。	はい		11 件	79 %
			どちらともいえない		1 件	7 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		2 件	14 %

事業所名称	ケアハウス あかりさき	有効回答数	14 人
-------	-------------	-------	------

苦情受け付けの方法等	10	苦情がある場合の受付や解決の仕組みについて、説明がありましたか。	はい		8 件	57 %
			どちらともいえない		1 件	7 %
			いいえ		1 件	7 %
			わからない		4 件	29 %
不満や要望への対応	11	不満や要望を気軽に話すことができますか。	はい		5 件	36 %
			どちらともいえない		4 件	29 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		5 件	36 %
	12	職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれますか。	はい		7 件	50 %
			どちらともいえない		2 件	14 %
			いいえ		1 件	7 %
			わからない		4 件	29 %
職員間の連携・サービスの標準化	13	あなたが要望したことが他の職員にも伝わっていますか。	はい		5 件	36 %
			どちらともいえない		2 件	14 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		7 件	50 %
	14	職員はみな同じように接触してくれますか（職員によって言うことやすることに違いがありませんか）。	はい		8 件	57 %
			どちらともいえない		4 件	29 %
			いいえ		1 件	7 %
			わからない		1 件	7 %
事故の発生	15	施設の中で怪我をしたことがありますか。	はい		3 件	21 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		11 件	79 %
			わからない		0 件	0 %
	16	【はいの場合】怪我をした後の対応は適切でしたか。	はい		4 件	29 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		10 件	71 %

事業所名称	ケアハウス あかりさき	有効回答数	14 人
-------	-------------	-------	------

入所に当たっての説明 【過去1年以内に利用開始した場合】	17	この施設の利用を始める前に、施設での生活や支援の内容についてわかりやすい説明がありましたか。	はい		13 件	93 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		1 件	7 %
	18	実際に入所してみても、説明どおりでしたか。	はい		7 件	50 %
			どちらともいえない		5 件	36 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		2 件	14 %
個別サービス項目						
食事	19	食事はおいしいですか。	はい		9 件	64 %
			どちらともいえない		5 件	36 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %
	20	食事は楽しい雰囲気です。取ることができますか。	はい		9 件	64 %
			どちらともいえない		4 件	29 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		1 件	7 %
入浴	21	お風呂の回数や時間には満足していますか。	はい		9 件	64 %
			どちらともいえない		3 件	21 %
			いいえ		2 件	14 %
			わからない		0 件	0 %
排泄	22	あなたが希望するときにトイレへ連れて行ってもらったり、おむつ交換をしてもらえますか。	はい		6 件	43 %
			どちらともいえない		2 件	14 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		6 件	43 %

事業所名称	ケアハウス あかりさき	有効回答数	14 人
-------	-------------	-------	------

余暇・自由時間	23	自由時間には、外出や趣味の活動などの好きなことができていますか。	はい		8 件	57 %
			どちらともいえない		2 件	14 %
			いいえ		1 件	7 %
			わからない		3 件	21 %
機能訓練	24	リハビリや機能回復のための訓練は、あなたにとって十分に行われていますか。	はい		6 件	43 %
			どちらともいえない		1 件	7 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		7 件	50 %
健康管理	25	体調が悪いと訴えたときには、すぐに職員が対応してくれますか。	はい		13 件	93 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		1 件	7 %
所持金・預かり金の管理	26	小遣い等必要な金銭については、自分の考えでつかうことができますか。	はい		9 件	64 %
			どちらともいえない		0 件	0 %
			いいえ		2 件	14 %
			わからない		3 件	21 %
地域交流	27	地域の方やボランティアの方との交流は、あなたにとって十分に行われていますか。	はい		5 件	36 %
			どちらともいえない		3 件	21 %
			いいえ		3 件	21 %
			わからない		3 件	21 %
施設的环境	28	お部屋や食堂は、いつも清潔で、温度や明るさもあなたにとってちょうどよいですか。	はい		13 件	93 %
			どちらともいえない		1 件	7 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %
	29	トイレや浴室は、いつも清潔で、安全に使用することができますか。	はい		11 件	79 %
			どちらともいえない		3 件	21 %
			いいえ		0 件	0 %
			わからない		0 件	0 %