

## 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福祉総合評価機構

### 2. 事業者情報

|  |                   |
|--|-------------------|
| 名称：社会福祉法人長崎厚生福祉団<br>ケアハウス 稲佐の森         | 種別：軽費老人ホーム（ケアハウス） |
| 代表者氏名：千々岩 源二郎<br>施設長氏名：辻 伸也            | 定員（利用人数）： 50 名    |
| 所在地： 長崎市大谷町418-1      Tel 095-862-3900 |                   |

### 3. 総評

#### ◇特に評価の高い点

ケアハウス稲佐の森は、稲佐山の中腹に立地し、長崎港全体を見渡すことができ豊かな自然環境と共にそれらを生かした広くゆとりのある施設設備を生活空間の工夫がなされている。

運営方針に記されている“楽しく明るい生活”が感じられるところである。また、同敷地内には同法人の設備建物が存在しており、併設施設を最大限利用し、健康保持、疾病予防に対応できうるのが大きな特徴であり、利用者にとっては安心感をすることができる。

本部機能を十分に活用し、本部でキャッチされた情報は各施設に流され、事業を取り巻く情報が的確に把握できる体制である。

人材育成については、年2回の人事考課があり、考課基準は明確に示されており、問題点の確認などを行い質の向上を図っている。

利用者の満足の向上については、積極的に希望、意見も取り入れを行い、それを日常に反映するようなシステムになっている。

利用者に対しての対応については、個々の状況を把握し対応している。

心身機能の維持改善、食事の提供、健康管理、安全管理については、マニュアル等に基づき随時見直し改善を行い、快適な生活が出来るように全体でフォローする体制が取られ、これにより利用者は十分な安心感を得られている。

このことは大いに評価できる点であり、運営方針が確実に実施されていることであり、今度も継続してもらいたいところである。

◇改善を求められる点

- ・ 地域との交流において、関連機関との連携において西部地域包括センターの情報を受けネットワークを作っているが、今後は個々の利用者の状況に応じて対応できる社会資源を明示し、そのリストを作成することを期待する。
- ・ 利用者からの苦情、意見等に対して、対応マニュアルが整備されていないので、対応マニュアルを作成し、どの職員でも迅速な対応ができるような仕組みづくりを期待する。
- ・ サービス内容について、具体的な明文化が今のところない状態である。今後作成することを期待する。

4. 第三者評価結果に対する事業者のコメント

- ・ 地域との交流を図るにあたり、関連機関との連携においては、社会資源の明示及びリスト作成に着手したいと考えております。
- ・ 利用者からの苦情、意見等に対し、対応マニュアルを整備するとともに、職員への周知徹底を図ります。
- ・ 個々の利用者に対するサービス内容について、現在モニタリング作業を行っております。今後は個々の利用者のニーズを分析し、ケアプラン作成につなげていきたいと考えております。
- ・ 不審者侵入時の対応については、所轄の警察署との連携体制を含めマニュアルを整備するとともに、対応方法について職員への周知徹底を図ります。

評価細目の第三者評価結果（共通）

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。          | a       | 法人全体の使命や役割が第三者にもわかりやすくパンフレットに示されていた。                 |
|                          | 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であった。できれば、法人全体の理念も各施設ホームページに掲載できればなおよい。    |
| 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。   | b       | 事業計画は職員の意見を聞いて作成を行っており、いつでも閲覧できるようにしているが、職員周知は十分でない。 |
|                          | 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       | パンフレットを利用者に配布はしていない。                                 |

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。          | /       | 本部作成の為。   |
|                                 | 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。 | /       | 本部作成の為。   |
| I-2-(2) 計画が適切に策定されている。          |                                    |         |   |
|                                 | I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。        | a       | 本部管理の下、計画策定、見直しを行う流れが組織全体で実施されている。                                      |
|                                 | I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。      | a       | 行事計画は職員主体で、利用者については月1回の機関紙や法人全体の年4回のたよりで周知されている。なお機関紙に発行者責任者名を入れる事を薦める。 |

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。        | b       | 取り組みについてはホームページ上で文書化し、表明しているが、職員に理解される取り組みは十分ではない。 |
|                              | 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。   | a       | 施設長は法令等正しく理解され、改正の都度、研修会に参加を行っている。                 |
| 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       | 毎月の職員会議で積極的に話し合いがされている。                            |
|                              | 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       | 提案前に管理者と職員間で改善に向けた取り組みや話し合いが十分に行われている。             |

## 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。          |  | a       | 本部でキャッチした情報は、各施設に流され、周辺環境が適格に把握できている。                     |
| 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       | 経営状況の分析に関しては、本部が一括して行っており、施設はそれを事業計画に落とし込む時点での関わりに留まっている。 |
| II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。                    |  | a       | 会計事務所による指導や指摘に基づき改善を実施している。                               |

### 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。                           |  | /       | 法人本部が作成している。                                     |
| 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。                            |  |         |  |
|   |  | a       | 考課基準は職員に明確に示され、内容も客観的な基準に基づいたものである。              |
| 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。               |  | a       | 施設長が有給休暇や、個々の職員の意思を把握する努力をされており、改善についても対応されている。  |
| II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。                                |  | c       | 日常業務が忙しく、職員の福利厚生面では、まだ十分ではない。                    |
| 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。                          |  | b       | 現在、全社協の研修や新人研修(3週間)は参加を行っているが十分ではない。             |
| 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       | レベルアップの為に内部での個別計画は今のところない。                       |
| 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。                       |  | b       | 個別研修計画は策定されておらず、それに対する評価、見直しも行われていない。            |
| 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 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。                  |  | a       | 法人で実習生に対する受入についてはマニュアル化しており、要望があればすぐ受け入れることができる。 |
| II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。                          |  | b       | 実習生の育成については、十分ではない。                              |

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。 | a       | 各種マニュアルが整備されており、消防訓練や栄養士による衛生管理が行われている。            |
|                                     | II-3-(1)-② 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。                 | b       | 他施設の事例関係を把握し、事前の定期点検や危険物収納管理等、施設長を中心に強化されることが望まれる。 |

II-4 地域との交流と連携

|                                 |  | 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 利用者地域とのかかわりを大切にしている。              | c       | ケアハウスの場合、地域情報の掲示に留まっている状況である。               |
|                                 | 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       | 地域還元は、今後の課題。                                |
|                                 | 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。 | b       | 現在、ボランティアは行事に限られている。基本姿勢に対するマニュアルは整備されていない。 |
| 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       | 必要な社会資源の明確化という点では、まだ不十分である。                 |
|                                 | II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。              | b       | 今後、情報公開や連携先のリスト化等を検討されることを期待する。             |
| 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。                  | b       | 地域の福祉ニーズを知る為に民生委員との関わりを積極的に行うことが望まれる。       |
|                                 | 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。         | b       | 「うつ、とじこもり防止・予防事業」の提供等、計画はある。                |

### 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。 | a | 利用者尊重を重視し、要望、意向の受入が積極的に行われている。                       |         |
| 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 | 個人情報保護の観点から、誓約書だけではなく、プライバシー保護に関する規程、マニュアルも今後は必要である。 |         |
| 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ている。                 | a | 楽しい行事や講義等は積極的に行い利用者満足向上についての取り組みがある。                 |         |
| Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。                  | a | 意見箱の要望や嗜好調査の結果について、それを日常に反映させている。                    |         |
| 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 | 職員と顔なじみになることで、希望や意見が述べやすいようにしている。                    |         |
| 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。               | a | 苦情解決の仕組みが機能している。「苦情報告・対策書」に受付者や結果報告があったらなお、よい。       |         |
| 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 | 対応マニュアルを策定し、どの職員でも迅速な対応ができるような仕組みをつくることを期待する。        |         |

#### Ⅲ-2 サービスの質の確保

|  |   | 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 | サービスの運用マニュアルを基準に定期的な評価が今後必要となってくる。       |         |
| 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ている。        | c | 現在、サービス内容の評価は行っていない。                     |         |
| Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。               | c | 計画書はあるが、サービスに対する評価→課題→改善策→改善計画という流れではない。 |         |
| Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。                 |   |  |         |
| Ⅲ-2-(2)-① 個々の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 | 個々のサービスの標準的な実施方法は文書化されておらず、基準となるものがない。   |         |
| 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。          | c | 標準的な実施方法の文書化はなく、従って見直しの仕組みもない。           |         |

|                              |   |   |   |
|------------------------------|---|---|---|
| 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。 | a | 利用者に対するサービスの実施状況が詳しく、解りやすく記録されていた。                        |
|                              | 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。        | a | 個人情報保護の基、記録関係書類は確実に保管される仕組みができています。                       |
|                              | 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 | 職員間での共有情報として申し送りノートや宿直日誌を利用している。今後、職員が目を通したというサイン等が必要である。 |

### 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       | 施設機能の情報提供については積極的に行われている。                     |
|                                 | 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。               | a       | 家族を含めたうえで、説明、同意、契約の流れの仕組みができています。             |
| 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。 | a       | 法人内での、移動が可能でサービスについても継続性がある入居者家族も安心されるケースが多い。 |

### 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。   | /       | 入居者は自立されている方ばかりで、現在のところサービス実施計画については必要ないので策定されていない。 |
|                                  | Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。 | /       | 入居者は自立されている方ばかりで、現在のところサービス実施計画については必要ないので策定されていない。 |
| 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。        | /       | 入居者は自立されている方ばかりで、現在のところサービス実施計画については必要ないので策定されていない。 |
|                                  | 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。 | /       | 入居者は自立されている方ばかりで、現在のところサービス実施計画については必要ないので策定されていない。 |

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       | 夏祭りや講演、清掃活動等、施設敷地内での活動するのに十分なスペースがあり、地域住民も集まりやすい。       |
|                        | IV-1-(1)-② 換気、空調、音や光の強さ等が配慮されている。                                      | a       | 気になる臭いや空気のだよみもなく、静かな環境でリビングも大きく窓をとってたいへん明るい。            |
|                        | 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。                                  | a       | 施設全体が事故防止に配慮された造りになっていた。                                |
| 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。 | b       | 施設内での嚙下体操やボランティアを利用したのレクリエーション等、心身機能予防の為の計画的な取り組みが望まれる。 |
| 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上で必要な手続きや利用についての援助が可能である。            | a       | 介護が必要になった場合同法人施設の利用が可能で、家族の安心を得られている。                   |
| IV-1-(4) 食事の提供         |  |         |   |
|                        | IV-1-(4)-① 食事は、利用者の身体状況に合わせて提供している。                                    | a       | 食事には特に力を入れておられ、減塩等の対応もある。また月に1回献立表を発行されている。             |
|                        | IV-1-(4)-② 食事を楽しめるような工夫を行っている。   | a       | カロリーバランスに配慮した食事が提供されており、配膳時、職員とも楽しくコミュニケーションがとられている。    |
| IV-1-(5) 健康管理サービスの実施   |  |         |   |
|                        | IV-1-(5)-① 日常の健康管理は適切である。  | a       | 日常的に職員が注意を払い、健康相談や管理を行っている。                             |
|                        | IV-1-(5)-② 服薬の管理は適正に実施している。（※ケアハウスを除く。）                                |         |   |
|                        | IV-1-(5)-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）                           | a       | 予防接種・検便等を行い、職員の感染症予防の為の知識も共有されている。                      |
|                        | IV-1-(5)-④ 食中毒予防対策を適切に行っている。   | a       | 診療所の講義等実施されている。   |



|                      |  |   |   |
|----------------------|--|---|---|
| IV-1-(6) 生活関連サービスの実施 |  |   |   |
|                      | IV-1-(6)-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。      | a | 趣味のクラブ等、盛んで、利用者が楽しめ、生活が豊かになるような取り組みが成されている。 |
|                      | IV-1-(6)-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。          | c | 家族にお願いして施設としては、管理は行っていない。                   |
| IV-1-(7) 利用者家族との交流   |  |   |   |
|                      | IV-1-(7)-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。 | a | 日々の介護日誌が詳細に記録され、個々の変化がすぐわかるようになっている。        |
|                      | IV-1-(7)-② 施設と家族との交流を行っている。                              | b | 積極的な取り組みを望む。                                |

#### 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地域福祉権利擁護事業に関する情報を提供している。 | a       | 権利擁護のための情報は法人全体で整備しており、いつでも提供できる機能である。 |

#### 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。 | a       | マニュアルについて、職員が周知しており、訓練も行われている。    |
|                  | 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       | 現在のところマニュアル等はない。今後の取り組みが必要な項目である。 |