

平成30年5月26日

福祉サービス第三者評価評価結果報告書

特定非営利活動法人 福祉総合評価機構
長崎県事務所 所長 中込 重秋



特定非営利活動法人 福祉総合評価機構における福祉サービス第三者評価
評価の結果について、別紙書類をもってご報告致します。

当該結果を活用され、貴事業所の今後のさらなる質の向上を目指して
頂けることを期待します。

都道府県名： 長崎県
法人名： 社会福祉法人 長崎厚生福祉団
代表者名： 理事長 千々岩 源士
事業所名： 特別養護老人ホームいづはらⅡ
施設長名： 永尾 榮啓
訪問調査日： 平成 30年 2月 19日、2月 20日
調査結果報告日： 平成 30年 5月 26日

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： 特別養護老人ホームいづはらⅡ	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：施設長 永尾 榮啓	定員（利用人数）： 50名
所在地：長崎県対馬市厳原町東里303番地1 Tel： 0920-52-2222	

3. 総評

◇特に評価の高い点

1. 地域に根差した運営と職員の働きやすい環境づくりへの努力

施設の開設にあたり、理事長は「対馬に貢献したい」と地域に根差した運営方針を掲げている。方針に沿って、開設に必要な事務機器類をはじめ多くの備品は対馬市内から調達している。また、入所者への配慮として居室料は最低基準としている。更に人材を多く雇用することは、将来のためになると考えており、基準の1.5倍の職員を採用する予定であることや、施設長は方針に従い、1人の配置で基準を満たしている夜勤者を2人配置していることは特長である。また、職員がストレスや悩みを溜めずに働けるよう、施設では年1回ストレスチェックを行っており、チェックを依頼しているコンサルタントを通して、産業医に伝わり、直接本人に連絡する仕組みがある他、メンタルホットライン、メディカルアシストなど無料連絡先を記した文書をリーダーを通して、職員に周知し利用できるよう配慮している。職員が心身ともに健康で働き続けることができる環境を整えていることは、特筆すべき点である。

2. アセスメントに基づく福祉サービス実施計画書の作成

担当者会議は多職種職員が出席し、それぞれの専門性から意見や提案を出し、入所者にとって、より良い支援を検討している。ケアマネージャーが中心となって作成した福祉サービス実施計画には、入所者・家族・多職種職員の声を反映しており、処遇計画に示された安全性・適切性の具現化に向けて、よりよいケアを行い、入所者の生活に寄り添いたいという意識が表れている。計画の実施状況は、毎日の介護記録と連動し、モニタリングを経て、見直しへと繋がっている。アセスメントから次回見直しまでの一連の流れは明確で適切であり、施設の優れた点と言える。

3. 褥瘡の発生予防の取り組み

看護職員が講師となり、褥瘡の研修会を年2回実施し職員に周知を図っている。また、褥瘡予防委員会を開き、看護職員・介護職員・栄養士の情報交換を密に行い褥瘡予防につとめている。予防に関しては、ブレデンスケールを取り入れ介護職員が評価を行い、ハイリスク者を抽出し、さらに皮膚や栄養状態の観察を強化するなど、早い段階での対処が褥瘡ゼロへ繋がっている。細やかなケアと褥瘡委員会を中心とした褥瘡ゼロの取り組みは特筆すべきである。

4. 美味しく食べられる食事の工夫

給食委員会は給食会議を行い、嗜好調査や選択食・行事食の提供など、より美味しく栄養バランスの良い食事を提供するための取り組みが行われている。特に、主食は5段階、副食の形状は5種類と入所者の嚥下状態に沿って食事形態の種類が多く、入所者の生活リズムを考慮し食事時間をずらすなど、入所者一人ひとりに合わせて対応することで、さらに楽しく和やかな雰囲気のある食事となっていることが見てとれる。嗜好の代替え食や盛り付けの工夫、季節の食材を使った季節感のあるメニューなど、入所者の楽しみである食事の充実に取り組んでいることは優れている点である。

◇改善を求められる点

1. 支援方法の標準化と明文化

標準化とは、画一的な支援ではなく、当然に入所者の個別性は保証される支援である。現在、施設では新人職員への支援の実施方法を職員が口頭で指導している。入所者が安全で安心できる支援を受けられるよう、支援の質の平準化が求められる。

また、日常的な支援についての基本となる支援方法を標準化したマニュアル整備と職員への周知、理解が急務である。標準的なケアのマニュアルが基礎となり、入所者の個別性に対応したケアの提供・実践に繋がるよう、標準的な支援のマニュアル整備が待たれる。

2 防犯対策

昨今の社会情勢からも不審者対策は重要である。

施設近辺は、夜間は人気が無く、また、施設は敷地・館内の面積が広く、未だ未使用のスペースもあるなど、職員が目の届かない侵入経路は多いと考えられる。しかしながら、不審者対策を含めた防犯に関するマニュアルが未整備となっている。入所者の安心・安全な暮らしを守るため、防犯に関するマニュアルの整備と訓練の実施並びに職員への周知が望まれる。

3. 権利擁護の取り組み

入所者の人権や財産を守るため、入所者に向けて「成年後見制度」や「日常生活自立支援事業」の権利擁護の制度についての紹介が求められる。入所者の受け入れ等で関係機関との連携は取れており、パンフレット等の設置を含め、必要とされる情報を提供し、相談に応じられる準備を整えていくことを期待したい。

4. 第三者評価結果に対する事業者のコメント

--

5. 各評価項目にかかる第三者評価結果
(別紙)

6. 利用者調査及び書面調査の概要
(別紙)

各項目に係る着眼点に対する評価結果一覧及びグラフ【共通項目】

項目Ⅰ(福祉サービスの基本方針と組織) 項目Ⅱ(組織の運営管理) 項目Ⅲ(適切な福祉サービスの実施)

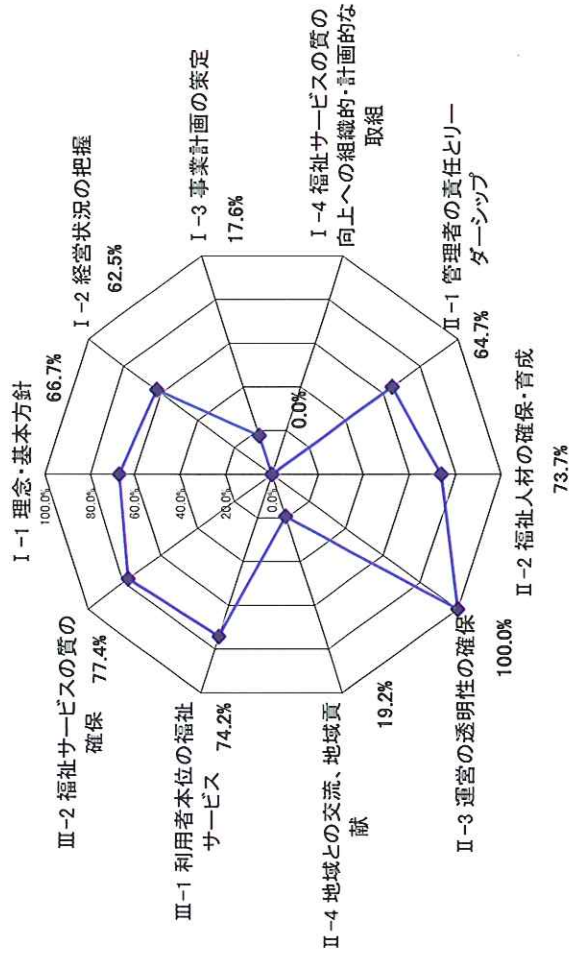
自己評価

項目	着眼点	達成数	達成率
I-1 理念・基本方針	6	4	66.7%
I-2 経営状況の把握	8	5	62.5%
I-3 事業計画の策定	17	3	17.6%
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	0	0.0%
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	11	64.7%
II-2 福祉人材の確保・育成	38	28	73.7%
II-3 運営の透明性の確保	11	11	100.0%
II-4 地域との交流、地域貢献	26	5	19.2%
III-1 利用者本位の福祉サービス	66	49	74.2%
III-2 福祉サービスの質の確保	31	24	77.4%
I～Ⅲ 合計	229	140	61.1%

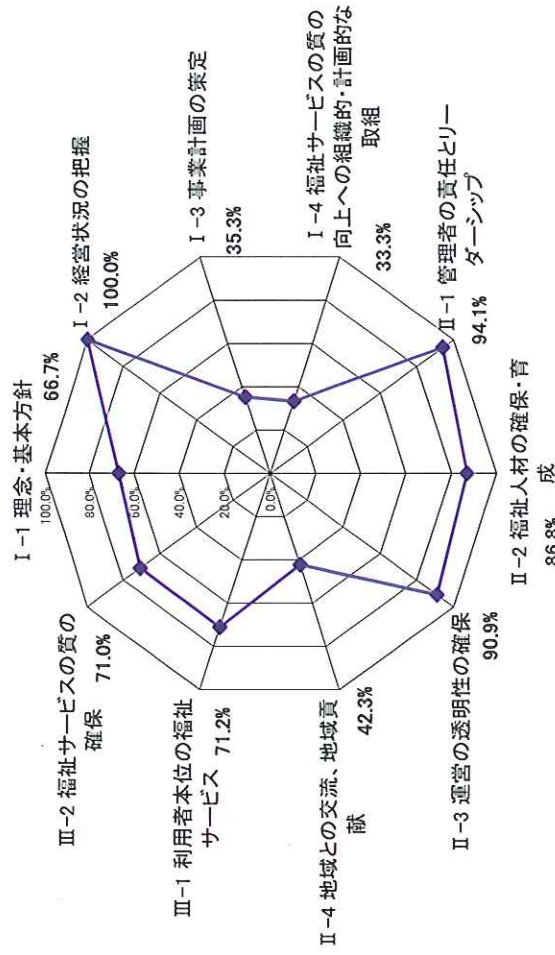
第三者評価

項目	着眼点	達成数	達成率
I-1 理念・基本方針	6	4	66.7%
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0%
I-3 事業計画の策定	17	6	35.3%
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	3	33.3%
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	16	94.1%
II-2 福祉人材の確保・育成	38	33	86.8%
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9%
II-4 地域との交流、地域貢献	26	11	42.3%
III-1 利用者本位の福祉サービス	66	47	71.2%
III-2 福祉サービスの質の確保	31	22	71.0%
I～Ⅲ 合計	229	160	69.9%

共通項目 達成度 (自己評価)



共通項目 達成度 (第三者評価)



第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

I 福祉サービスの基本方針と組織	
1 理念・基本方針	
(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	第三者評価
①理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
【コメント】 母体法人は、高齢者福祉に特化し、長崎県内に複数の事業所・施設を展開している。対馬市には、特別養護老人ホームいづはら、いづはらⅡがあり、法人の理念である「福祉文化の創造」を基に、それぞれの地域に応じた基本方針を作成している。施設の基本方針は、「誰でも平等で入れる施設作り」であり、全職員が方針を目指し、入所者一人ひとりの個性を大切に考えている。法人理念はホームページやパンフレット、事業報告書に記載していることが確認できる。 施設内に法人理念掲示はないものの、施設長は、職員採用時や各種会議の際に職員への周知を図っている。入所者や家族に対しては、入所時に伝えるようにしているが、徹底しているとは言えず、今後資料を活用し周知するよう期待したい。	
2 経営状況の把握	
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	第三者評価
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
【コメント】 施設長は、法人本部長会議に出席した際、施設に関係することだけでなく、社会福祉事業全体の話し合いを行っている。法人本部から、虐待や事故、リコールなどについて毎日FAXが届き、施設長は目を通し、把握するよう心がけている。また、対馬市総合計画の事業計画に基づき、施設でも計画を作成している。 施設を利用したい人がどれくらいいるか相談員が資料を作成し、データ化し施設長、職員が共有している。施設長の専用パソコンは、本部と繋がっており、ソフトウェアにて共有している。法人では全事業所を分析しており、ショートステイ利用者、入院者、待機者を把握している。また、病院などの医療機関や介護施設などと連携し、把握するよう努めている。	
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
【コメント】 法人では、毎月、施設長のほか、理事長・業務執行理事が出席する施設長・センター長会議を開き、資料をもとに経営状況分析や各事業所の課題について話し合っている。会議後、各事業所・施設の機関会議にて施設長が報告し、職員に周知している。 施設長は、施設長・センター長会議後の土曜日に開く機関会議にて、課題について話し合う際に自身は助言は行おうが、決定はしないよう心がけており、職員自らが考え、行動できるよう取り組んでいる。 職員は相談したいことや施設の強み、弱みを出し合い、業務の改善について話し合っている。	
3 事業計画の策定	
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	第三者評価
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。	c
【コメント】 施設は今年度開設しており、現時点で中・長期計画は策定されていない。	

第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

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
<p>【コメント】 平成29年度に開設した施設であり、現時点で中・長期計画まで策定されていない。ただし、単年度の事業計画は作成している。 事業計画は施設長が中心となり、各リーダーが職員から意見を聞きながら、次年度の計画を早めに作成するよう取り組んでいる。 事業計画の中には、「地元で育ったものを使う」という計画があり、建設にあたり、事務機器等も含め極力島内の業者に発注している他、入所者が食する米は100%対馬産を使用しており、計画に則った運営が確認できる。</p>	
(2) 事業計画が適切に策定されている。	
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
<p>【コメント】 平成29年度に施設を開設しており、今回の事業計画は施設長が中心となって作成している。 事業計画の実施状況の確認は、毎月の機関会議や職員研修会などで話し合い、職員の参画のもとで組織的に実施している。事業計画の中に、処遇方針を明示し、開設記念行事や敬老会などを実施したり、同法人が経営している特別養護老人ホームとの行事に参加するなど、積極的に取り組んでいる。 次年度の計画は、職員も参加し、各リーダーへ伝えられ、一旦ユニットに持ち帰り、職員の意見を聞きながら進める仕組みがある。事故対策・身体拘束廃止委員会、褥瘡予防・感染症対策委員会、衛生委員会、接遇委員会を月1回、開催している。</p>	
② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c
<p>【コメント】 事業計画の作成はあるが、入所者や家族に対して説明する機会はまだない。施設長は、家族会などができればユニットごとに行っていきたいと考えている。</p>	
4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	
(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。	
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
<p>【コメント】 施設長・センター長会議で高齢者支援の話があり、施設長は機関会議などを通して職員へ伝えている。 本部から送られてくる情報は、施設長が各部署に伝えている。また、ヒヤリハット報告書は施設長とケアマネジャーが書類に記載し、マニュアルに沿って手続きを進めており、困難事例の場合は話し合っている。入所者に対する個別の支援計画は、サービス担当者会議の中でニーズを抽出し目標を掲げ、サービスを実施した後、定期的に見直している。 事業計画を見直し、職務分担表に新たにユニットリーダーを設定することとしている。 第三者評価受審及び自己評価は今回が初めてである。</p>	
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。	c
<p>【コメント】 今年度事業を開始したため、第三者評価および自己評価への取組みは初めてではあるものの、施設長がリーダーシップを発揮し、1年目で第三者評価を受審することとし、各部署のリーダーが中心となり、全職員で取り組んでいることが確認できる。</p>	

第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

Ⅱ 組織の運営管理	
1 管理者の責任とリーダーシップ	
(1) 管理者の責任が明確にされている。	第三者評価
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。	b
<p>【コメント】 施設長は朝礼、機関会議やユニット会議などに出席し、考えを表明している。苦情処理や介護など具体的な内容を説明している。ユニットで検討した支援についても、将来を見通して実践するように指導している。 施設長は自身の役割や責任について、事業計画書内に職務分担表を入れており、確認するように伝えている。また、最終的な責任者は施設長であることも伝えている。 有事の際、施設長不在の場合は生活相談員が職務代行者となることを定めている。 ルールは厳守するものであり、逸脱する場合は、理由をもとにルールを見直すことが必要であると職員に伝えている。消防計画などは施設長が作成している。</p>	
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
<p>【コメント】 遵守すべき赤本、青本を整備している。 平成27年度長崎県条例をもとに、法人が作成している法令遵守モニタリングチェックリストを設置しており、年1回研修を実施している。職員に向けて法令遵守のテキストを配付し周知を図っている。 研修受講の際に、法令遵守の項目がある。例えば、新卒の採用については、1ヶ月の期間をかけて内部の就労前研修を行っており、法令遵守についても説明している。 中途採用は、2日間の実習であり、施設長は、モニタリングチェックリストを作成して、遵守すべき法令を把握していることが確認できる。 法令の変更は法人本部から通知があり、物理的に離れていても差異がない仕組みがある。</p>	
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	第三者評価
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
<p>【コメント】 施設長は事故対策・身体拘束廃止委員会、褥瘡予防・感染症対策委員会、衛生委員会、接遇委員会の月に1度の会議に出席している。介護事故の検討も毎月行っている。委員会は各職場から1人の参加であり、施設長とケアマネージャーが資料を作成している。 介護事故・ヒヤリハットの件数はグラフ化し、減少していることが確認できる。ヒヤリハットと事故の区分はわかるようにリビングに掲示しており、職員に周知する工夫がある。 現場は主任・副主任に任せており、報告が上がってきた内容を検討する仕組みがある。高齢者虐待、防災、法令遵守に関しては施設長が資料を作成し、研修を実施しており、職員が参加できるよう、同じ研修を2回行っており、全職員への周知を図っている。 職員の意見等は、書式を配付し直接回収し、職場環境の整備や人員配置などに職員の意見を反映する仕組みがある。</p>	

第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

<p>② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。</p>	<p>a</p>
<p>【コメント】 理事長は、対馬に貢献したいと考えており、現在居室料は最低基準としている。 施設長は入所者本位の支援をモットーに基準以上の人員を確保し、運営している。今後、入所者が増加し職員も増員することが予想されている。 法人の方針に従って、施設長は財務を理解するための研修を受講しており、今後は施設長権限で財務管理する部分が出てくると考えている。 理事長は人材を多く雇用することは、将来のためになると考えており、基準の1.5倍の職員を採用する予定であることや、施設長も方針に従い、1人の配置で基準を満たしている夜勤者を2人配置している。 正職員と契約職員の差はあまりなく、慶弔等の規程も同じであるほか、一部の新卒者は正職員で雇用することとしている。 休暇はバースデイ休暇など、有給休暇消化対策として工夫がある。福祉用具等必要なものは、要望を上げるように伝えており、出てきた要望は検討し反映している。 対馬全島から受け入れたいと考えているが、遠方では家族の訪問が少なくなると予想されるため、慎重に検討していること等、法人の理念・方針に基づき、その実現に向けて取り組んでいる最中であることが確認できる。 このように、施設長が職場環境の整備と共に、業務の実効性を高める取組みに指導力を発揮していることは、特長である。</p>	
<p>2 福祉人材の確保・育成</p>	
<p>(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。</p>	
<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>【コメント】 必要な福祉人材確保のため、これまでに3回“お仕事説明会”を実施しており、説明会の告知は新聞折り込み、郵便の地域指定配達は全戸に配布している他、施設玄関にはポスターを貼っている。前回は18人が参加しており、仕事内容を丁寧に説明し、質問に答える時間を設けている。その結果、雇用につながった職員がいる。今後も人材確保に向けてさまざまな工夫を行っていく予定である。更に、法人内にて、長崎市から出向し、勤務している職員もいる。 各職員の資格は、資格証を得ており、施設長は把握している。開設時にはユニットリーダーが必要であり、研修受講は施設が研修費、旅費等を負担している。 やむを得ず退職した職員が復職した場合は、退職した時点での給料で雇用する等の配慮がある。 人材育成として、研修希望者を募り外部研修を受講するよう促している他、OT、PTも採用したいと考えている。採用活動、ハローワーク、高校での説明会、リクナビなどを実施している等、必要な福祉人材の確保・定着へのさまざまな取組みが確認でき、優れた点といえる。</p>	
<p>② 総合的な人事管理が行われている。</p>	<p>a</p>
<p>【コメント】 期待する職員像は、法人のマナーガイドブックに記載しており、職員に配付している他、事業計画にも記している。 機関会議のあと、各部署で決めた接遇委員が集まり会議を行い、委員長がまとめて会議録を回覧し、共有している。 毎月、月の目標を決めており、全員で共有しており、接遇委員会で評価し反映している。 採用、異動、昇格の人事基準は明確であり、職員に周知している。中途採用であっても、事務や調理員など条件を揃えて正職員で雇用することとしている。 就業規則は事務所に設置しており、自由に閲覧できるように配慮している。 職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する人事考課を行っており、年2回リーダーが職員と面談している他、リーダーは施設長が面談している。人事考課を通して、ボーナスの増減、手当、一時金等がある。 法人は数年前に時給制を月給制に変更している。 人事考課の様式に、本人の総括について、リーダーがコメントを入れており、その様式は本部に提出するため、法人で各職員の総括等を把握する仕組みがある。 職員は自身の目標を立て、リーダー・施設長が把握し、半年に1回の面談で達成度、課題などを本人と共有し、課題の解決を含め達成度を高める仕組みがあることは、施設の特筆すべき点である。</p>	

第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	第三者評価
<p>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。</p>	a
<p>【コメント】 施設では、労務管理は施設長が行っており、希望休は現場に支障がなければ問題ないとしている。急用による休みは、理由を明確にして人員配置を工夫するよう指導している。 職員の有給休暇消化の把握は、勤務実績で確認したり、個人の出勤データを集計し把握している。有給休暇消化を奨励している。 施設長は、職員の健康については情報を得た段階で伝えており、健康保持に配慮している。職員が悩みがある場合は、施設長が傾聴する姿勢であり、機関会議の配付資料にも記載している。 年1回、ストレスチェックを行っており、チェックを依頼しているコンサルタントを通して、産業医に伝わり、直接本人に連絡する仕組みがある。 年2回、施設長が職員と面談する機会がある。夜勤体制は、1人でなく2人配置している。 メンタルホットライン、メディカルアシストなど無料連絡先を記した文書をリーダーを通して、職員に周知し利用できるよう配慮している。 福利厚生として、3ヶ月に1回懇親会を行っており、参加者が職員数の半数を超えると実施できることとなっており、施設長を含む職員が参加している。 全職員年2回、健康診断を受診している。ワークライフバランスとして、現場に支障がなければ問題ないとしており、ユニットでチームワーク良く働けるよう工夫している。 職員は、自身の働く現場について、いいところ、課題、法人にお願いしたいことなどを記し提出する仕組みがあるなど、働きやすい職場環境づくりに取り組んでいることは優れた点である。</p>	
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	第三者評価
<p>① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。</p>	a
<p>【コメント】 期待する職員像は、法人のマナーガイドブックに記載しており、職員に配付している他、事業計画にも記している。 人事考課を導入しており、本人の課題を挙げ、6ヶ月の目標を掲げてリーダーが確認し、目標を共有しており、6ヶ月ごとに面談し、目標達成を目指している。</p>	
<p>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。</p>	b
<p>【コメント】 法人が作成している「研修ガイドブック」を基に、受講できる研修を選択し職員が受講している。 法人研修は、外部の研修機関と契約しており、法人が各施設長の意見を聴取し、次年度の研修計画を策定する仕組みがある。 また、施設内研修では、介護事故、身体拘束廃止、高齢者虐待防止、感染・褥瘡予防の研修を年2回実施しており、職員の教育、研修について取り組んでいることが確認できる。</p>	
<p>③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。</p>	b
<p>【コメント】 職員の専門資格取得状況は把握している。中途採用や再雇用の新任職員への個別的なOJTは、現場の職員が1ヶ月指導している。 施設長は、リーダーや副主任を介して職員の状況を把握しており、階層別の研修や職種別研修、テーマ別研修は、法人内研修にて行っている。 職員の資格取得希望の場合は、法人の方針と照合し検討しており、更に、法人の規程として2年間働き在籍すると、研修費用等返済不要であるという情報を職員に伝えている。 保健所の結核に関する研修には、施設長と看護師が受講する予定である他、看護・主任が受講する研修もあるなど、一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。</p>	

第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

(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。		第三者評価
① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		c
<p>【コメント】 現在は受け入れてない。 今後、受け入れることは考えているが、これまでに例がないのでマニュアル作成もこれからである。 指導者に対する研修も法人が実施可能である。 施設長は、現在、需要はないが、職員が増えると実習に対応できる体制ができると考えている。</p>		
3 運営の透明性の確保		
(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		第三者評価
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
<p>【コメント】 ホームページで決算報告や各事業所の福祉サービスについて紹介を行っている。理念や基本方針もパンフレットなどから読み取ることができる。 パンフレットの配布は実施していないが、問い合わせがあった場合は個別に渡すことができる。平成29年度は、“お仕事説明会”の案内を全世帯に配布し、施設の活動や取組みを伝えるよう努力している。 第三者評価受審は未実施だが、苦情・相談体制は受付を相談員が行い、第三者委員を長崎市の弁護士と自治会の区長に依頼し、苦情に関する取組みを掲示しており、意見箱を設置している。</p>		
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
<p>【コメント】 職員が適正に業務ができるよう職務分掌表を作成し担当割り振りを決めている。事務や経理には取引ルールがあり、最終チェックは税理士にチェックしてもらう仕組みがある。購入商品が10万円以上は、相見積もりを取るようになっている。固定資産は伺いの方が違い経理規程に基づいて実施している。 備品は一定金額で伺いを挙げる仕組みとなっており、職員は伺書を提出し、施設長が確認している。法人で、1年以上持つ物を備品とし、おむつなどは消耗品という指針が定まっている。更に、税理士事務所が確認する仕組みもある。</p>		
4 地域との交流、地域貢献		
(1) 地域との関係が適切に確保されている。		第三者評価
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
<p>【コメント】 事業計画の基本方針や施設の活用の中に地域の関わりについて明記している。施設のロビーにてボランティア団体である藤与会が日本舞踊を披露し、入所者と交流している。 対馬市が発行しているリストを参考に書類を整理したり、対馬市市民便利帳で電話番号や住所を把握しており、天気の良い日は外気浴したり、あゆもどし公園にドライブしている。 地元の八幡宮神社祭りや出初め式に協賛している他、食料は地元の物を購入し、開所に当たって初期投資は対馬の業者を選定し、一般競争入札を行っていることが記録から確認できる。 スーパーと提携し、毎日食材を配達してもらったり、入所者の菓子もFAXにて注文し、配達してもらうなど地域と積極的に交流している。</p>		

第三者評価結果：長崎県福祉サービス共通評価項目

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
<p>【コメント】</p> <p>事業計画に、ボランティア団体への参加・呼びかけや学生との交流を図ることを明文化している。平成29年度の実施はないが、同町内にある系列法人の特別養護老人ホームに慰問があった際に、入所者は職員と一緒に参加している。</p> <p>ボランティア団体を受ける際のマニュアルの作成や職員への必要な研修までは至っていない。今後の取組みに期待したい。</p>	
(2) 関係機関との連携が確保されている。	
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。	b
<p>【コメント】</p> <p>地域の社会資源について、便利帳など活用するが、リスト化するまでは至っていない。</p> <p>施設長は、対馬市が主催する会議に参加し、各関係機関との連絡を取り合っている。対馬市医療介護推進会議には、ケアマネージャー及び生活相談員が必要に応じて出席している。また、あじさいネットの勉強会へも参加しており、関係機関等と適切に連携している。</p>	
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
<p>【コメント】</p> <p>対馬市の主催で、住民に向けた介護の勉強会を開催した時は20数人の参加者がおり、施設の部屋を提供している。また、老人会などの見学の際には説明を行っている。</p> <p>施設は、自治会や区との間で緊急避難所として受け入れるための協定を30年度に結びたいと考えている。</p> <p>職員体制が整えば、地域の行事に参加を検討しており、施設の有する機能を地域に還元するよう取り組んでいることがわかる。</p>	
② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	c
<p>【コメント】</p> <p>公益的な事業は、検討中であるが、現時点では実施していない。</p>	
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が明示されている。	
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。	a
<p>【コメント】</p> <p>基本方針に入所者を尊重した福祉サービスの提供について明示しており、施設でもこれまでに4回勉強会を開催し、伝えている。</p> <p>朝礼や機関会議、職員会議などあらゆる場面で職員へ周知している。</p> <p>施設では、マナーガイドブックを作成し資料を使って説明を行ったり、採用時や定期的な勉強会・研修会を通して周知を図っている。</p> <p>施設長は、「自分を守るために記録をするように」と、記録の大切さを伝えたり、入所者が行動する時に、大きな声を出さないように配慮すること、入所者の動線に物を置かないように伝えている。</p>	

第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<p>【コメント】 個人情報保護規定やマニュアルの中にプライバシー保護について記載があり、職員に対し周知・理解を促すため講習会や高齢者虐待防止の勉強会を実施している。更に、職員を採用する際に、誓約書の中でプライバシーについて守秘義務を守ることを厳守している。 身体拘束防止および虐待防止については、毎月第2木曜日に職員会議にて検討している他、虐待防止について年2回は研修会を実施している。 職員が虐待を行った場合は調査を行い、虐待があったと判断された場合は就業規則内の規程に則り対応し、解雇した事例がある。</p>	
(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。	第三者評価
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。	b
<p>【コメント】 法人パンフレットは今年度4月に刷新しており、当施設の掲載もある。施設の内容は、ホームページに掲載しており、多くの人が情報を入手できる体制がある。 入所希望者は、生活相談員が対応し話を聞いており、場合によってはケアマネージャーが同席することもある。入所者の状況はパソコンを使って各ユニット、事務所で共有できる仕組みがある。 パンフレットは玄関先に設置しており、法人パンフレットは数年おきに見直している。今後、公共施設への設置ができればと考えており、対馬市老人福祉施設協議会から市に依頼している。</p>	
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
<p>【コメント】 契約時に説明している。4月には利用料の改定があるため、変更の説明を行うと考えている。 入所者が、利用料を尋ねてくる時がある時は、丁寧に対応している。 契約時は、契約書と重要事項説明書、看取りに関する指針を基に説明し、同意を得ている。 意思決定が困難な場合は、家族に説明し、代理でサインを得ることも多い。</p>	
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。	b
<p>【コメント】 これまでに、入所者が入院し自身で退所した事例や別施設に移行した例がある。 施設では、入所者が入院した場合、3ヶ月経った場合は退所となるが、その後希望があれば、ショートステイの利用ができることを口頭で説明している。 他施設への移行については、本人のサマリーなど情報を渡しており、著しい変化や不利益が生じないように配慮している。 退所した後、これまでと別にケアマネージャーが必要であるため相談員が窓口となり、検討することもあるなど、変更や移行等にあたり支援の継続性に配慮した対応を行っている。</p>	

第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

(3) 利用者満足の上昇に努めている。	第三者評価
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
<p>【コメント】 入所者満足度に関する調査は行っておらず、施設長は職員と調査実施について検討したいと考えている。現状では職員が入所者ごとに満足度を尋ねている他、現在、24時間シートを作成している段階であり、完成すると入所者それぞれの意向等を把握できると期待できる。 現在、家族から「雰囲気がいい」と言う声を聞いている。 家族会の設立は、家族が参加することが前提であり、設立について家族が納得するかどうかを考え、施設長は躊躇している。特に入所者会議は、意思疎通の困難な入所者が多い中、個別の意向聴取を行うほうが良いのではないかと考えている。</p>	
(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	第三者評価
① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
<p>【コメント】 入所者・家族にわかりやすいよう意見を記載出来る用紙を玄関のエレベーター前に設置している。 苦情受付窓口は、相談員とケアマネージャーであり、責任者は施設長と決めている他、第三者委員も2名設置している。 職員が聞き取った場合は、生活相談員又はケアマネージャーに伝えるルールとなっている。外部にも苦情受付窓口を設置しており、入所者・家族に周知している。 苦情解決の流れは書面として確認できるものの、フローチャートなどわかりやすい掲示物はない。今後の取組みに期待したい。</p>	
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
<p>【コメント】 入所者・家族の意見や相談を受けるのは、主に生活相談員・ケアマネージャーであり、職員が聞き取って解決できない場合は、生活相談員・ケアマネージャーに伝え、解決に向けて迅速に対応している。 入所者は相談しやすい職員を選択しており、施設長が呼ばれることもある。家族が相談しやすいスペースとして、家族控え室や面談室があり、入所者は居室を使用している。</p>	
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
<p>【コメント】 相談や意見を受けた際の記録方法、報告の手順、対応策の検討などを定めたマニュアルは、作成に向けて準備中である。 相談や意見を職員が聞き取り、相談員やケアマネージャーが傾聴し対応している。意見箱を設置している。 施設長は、今後、管理栄養士を採用した際には、食に関するアンケートや聞き取りを行うことができると期待している。 入所者の食事形態の変更については、職員が看護師に伝え、看護師から栄養士に伝えるルールがある。 職員は、入所者の希望に沿って外気浴を支援している。喫煙は屋外にある所定の喫煙コーナーを利用することと決まっており、入所者が喫煙するときは、職員が付き添っている。 相談内容について、できることは即答しているが、できないことは緊急ミーティングにて検討して、回答しており記録を残している。</p>	

第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

(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。		第三者評価
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
<p>【コメント】 介護事故委員会を開き、介護事故報告書・ヒヤリハット報告書の分析・改善策の検討を行っている。 収集した情報は、事故の種類・発生場所・時間帯などの項目ごとにグラフ化し、分析しやすいよう工夫している。また、対策が活かされているか次月の委員会で確認するなど、その後の評価を行い、居室の変更など環境面での見直しにも繋がっている。 誤薬事故が続いており、早急に対策を立てる必要がある。 事故を目撃し報告書を書いた職員自身が考えた対策は事故報告書に記し、委員会で話し合われた対策は事故対策委員会の会議録に記すため情報が分断されており、事故防止に向けての対策については、書面上の情報が一元化されることが望まれる。</p>		
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
<p>【コメント】 面会に来た訪問者への対応の必要性から、褥瘡予防・感染症対策委員会が、事務職員を含め全職員を対象として勉強会を行っている。 対応マニュアルについては、全ての感染症対策としては不十分だったため、現在見直しを行っている最中である。 インフルエンザ・ノロウイルスなど特に感染力が強いものについては、高齢者が集団で生活する場所であることから、全職員へのマニュアルの周知徹底が望まれる。</p>		
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
<p>【コメント】 災害時の入所者の安全確保のため、消防計画・施設避難計画書を作成し、災害時の対応を決めている。 特に、台風・大雨・洪水などの水害が中心に予測され、食料や備品の備蓄など地域住民の避難所としての役割にも応えている。 行政や自治体など、地域の各種団体と連携した訓練の実施に期待したい。</p>		
2 福祉サービスの質の確保		
(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。		第三者評価
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
<p>【コメント】 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法は文書化していない。 標準化とは画一的なケアとは異なり、一定の水準・内容を保った上で、それぞれの入所者に着目した対応を行う基礎となるものである。標準的なケアを習得することが、よりよい個別ケアの提供に繋がるため、新人教育の側面からも、標準的なケアの実施方法の文書化が待たれる。</p>		
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
<p>【コメント】 標準的な実施方法を文書化していないため、検証・見直しも行っていない。 現在、各入所者についてケアマネージャーが入所時・介護認定更新の際に福祉サービス実施計画を作成し、担当者会議・ユニット会議を開いている。また、介護職員が24時間シートを作成している途中である。 個々の入所者の介助方法などについては、口頭を中心とした伝達が先輩職員よりあるものの、文書として残す習慣はなく、経験をもとにした口頭による部分が多い。標準的なケアの実施方法の文書化後は検証・見直しを行い、PDCAのサイクルにより質の向上を目指していくことが望まれる。</p>		

第三者評価結果:長崎県福祉サービス共通評価項目

(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。	第三者評価
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。	a
<p>【コメント】 福祉サービス実施計画を、ケアマネージャーが中心となり、多職種職員が意見を出し合い作成している。 いづはらⅡでは、併設のショートステイを経て入所するケースが多く、ショートステイや居宅のケアマネージャーからの情報収集・入所者や家族からの聞き取りに基づいて、ケアマネージャーがサービス実施計画の原案を作っている。原案は多職種職員に事前に示し、ユニット会議で討議し、意見は報告書としてケアマネージャーに返ってくる仕組みとなっている。 個人の介護記録には計画に沿ったサービスが行われているか、毎日チェックを記しており、次回の計画立案の際の重要な資料となっている。</p>	
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
<p>【コメント】 施設が開設間もないこともあり、福祉サービス実施計画の作成については、新規の入居者が中心であり、見直しは介護保険の更新と看取り期に入った入所者1人である。 見直しの際はカンファレンスや担当者会議を行い、多職種職員および入所者・家族からの情報収集を行っている。 今後は、福祉サービスの標準的な実施方法を文書化し、個別のサービス実施計画との照合を行える体制となることが望まれる。</p>	
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	第三者評価
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。	b
<p>【コメント】 介護記録には、サービス実施計画にもとづくサービスを実施しているか、毎日記録している。 また、日々の入所者の様子を記しており、特に入所者が発した言葉を、逐語記録としてそのまま記載するなど、どのような生活をしているのか生き生きと伝わってくる工夫がある。夜間の記録も多く、細やかな観察を実践している。 業務日誌・申し送りノートには健康状態の変化やケア方法の変更などを記載し、朝礼で申し送りしている他、各種会議録は各部署で回覧するなど、情報の共有を行っている。 ユニットリーダーは、伝達講習・口頭指導も行っており、介護記録のさらなる充実に期待したい。</p>	
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b
<p>【コメント】 入所者の記録については、個人情報保護規定・重要事項説明書・入所契約書に定め管理している。 しかし、記録の廃棄については、これまでに経験がないためか、責任者が曖昧である。これから、家族の要望に対する情報開示や広報誌の作成など、個人情報保護についての配慮が必要な場面が増えてくると予測される。 規定等の理解・正しい運用が行われることを期待したい。</p>	

長崎県福祉サービス共通評価項目【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価	第三者評価
I 福祉サービスの基本方針と組織 -1 理念・基本方針 -(1) 理念、基本方針が確立されている。			
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。			
評価の着眼点	理念、基本方針が文書(事業計画等の法人(福祉施設・事業所)内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等)に記載されている。	○	b
	理念は、法人(福祉施設・事業所)が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人(福祉施設・事業所)の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	○	
	基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるような具体的な内容となっている。	○	
	理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。	○	
	理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。	×	
	理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	×	
I 福祉サービスの基本方針と組織 -2 経営状況の把握 -(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
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。			
評価の着眼点	社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。	×	a
	地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。	○	
	利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人(福祉施設・事業所)が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。	○	
	定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	○	
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。			
評価の着眼点	経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。	×	b
	経営状況や改善すべき課題について、役員(理事・監事等)間での共有がなされている。	○	
	経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。	○	
	経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。	×	
I 福祉サービスの基本方針と組織 -3 事業計画の策定 -(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
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。			
評価の着眼点	中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にしている。	×	c
	中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。	×	
	中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	×	
	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	×	
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。			
評価の着眼点	単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。	×	c
	単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。	○	
	単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	○	
	単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	×	

長崎県福祉サービス共通評価項目【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価		第三者評価	
I 福祉サービスの基本方針と組織 -3 事業計画の策定 -(2) 事業計画が適切に策定されている。					
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。					
評価の着眼点	事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。	×	c	×	b
	計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。	×		○	
	事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。	×		○	
	評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。	×		○	
	事業計画が、職員に周知(会議や研修会における説明等)されており、理解を促すための取組を行っている。	○		○	
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。					
評価の着眼点	事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知(配布、掲示、説明等)されている。	×	c	×	c
	事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。	×		×	
	事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。	×		×	
	事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。	×		×	
I 福祉サービスの基本方針と組織 -4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 -(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。					
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。					
評価の着眼点	組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。	×	c	○	b
	福祉サービスの内容について組織的に評価(C:Check)を行う体制が整備されている。	×		○	
	定められた評価基準にもとづいて、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。	×		×	
	評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。	×		○	
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。					
評価の着眼点	評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。	×	c	×	c
	職員間で課題の共有化が図られている。	×		×	
	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。	×		×	
	評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。	×		×	
	改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	×		×	
II 組織の運営管理 -1 管理者の責任とリーダーシップ -(1) 管理者の責任が明確にされている。					
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。					
評価の着眼点	管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。	○	b	○	b
	管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。	×		×	
	管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。	○		○	
	平常時のみならず、有事(災害、事故等)における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。	×		○	

長崎県福祉サービス共通評価項目【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価		第三者評価	
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。					
評価の着眼点	管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者(取引事業者、行政関係者等)との適正な関係を保持している。	○	a	○	b
	管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。	○		○	
	管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。	×		○	
	管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。	○		○	
Ⅱ 組織の運営管理 -1 管理者の責任とリーダーシップ -② 管理者のリーダーシップが発揮されている。					
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。					
評価の着眼点	管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。	○	b	○	b
	管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。	×		○	
	管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	×		○	
	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。	○		○	
	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。	○		○	
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。					
評価の着眼点	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。	×	a	○	a
	管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。	○		○	
	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。	○		○	
	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	○		○	
Ⅱ 組織の運営管理 -2 福祉人材の確保・育成 -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。					
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。					
評価の着眼点	必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。	○	a	○	a
	福祉サービスの提供に関わる専門職(有資格の職員)の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。	○		○	
	計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。	×		○	
	法人(福祉施設・事業所)として、効果的な福祉人材確保(採用活動等)を実施している。	○		○	
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。					
評価の着眼点	法人(福祉施設・事業所)の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。	○	a	○	a
	人事基準(採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準)が明確に定められ、職員等に周知されている。	○		○	
	一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。	○		○	
	職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。	○		○	
	把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。	○		○	
	職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。	○		○	

長崎県福祉サービス共通評価項目【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価	第三者評価	
II 組織の運営管理 -2 福祉人材の確保・育成 -(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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。				
評価の着眼点	職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。	○	a	a
	職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。	○		
	職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。	○		
	定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。	○		
	職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。	×		
	ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。	○		
	改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。	○		
	福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。	○		
II 組織の運営管理 -2 福祉人材の確保・育成 -(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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。				
評価の着眼点	組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。	○	b	a
	個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。	○		
	職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。	○		
	職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。	×		
	職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末(期末)面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。	○		
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。				
評価の着眼点	組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。	○	a	b
	現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。	○		
	策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。	○		
	定期的に計画の評価と見直しを行っている。	○		
	定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。	○		
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。				
評価の着眼点	個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。	×	b	b
	新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。	×		
	階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。	○		
	外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。	○		
	職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。	○		

長崎県福祉サービス共通評価項目【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価		第三者評価	
II 組織の運営管理 -2 福祉人材の確保・育成 -(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。					
II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。					
評価の着眼点	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。	×	c	×	c
	実習生等の福祉サービスの専門職の教育・育成についてのマニュアルが整備されている。	×		×	
	専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	×		×	
	指導者に対する研修を実施している。	×		×	
	実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	×		×	
II 組織の運営管理 -3 運営の透明性の確保 -(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。					
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。					
評価の着眼点	ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。	○	a	○	b
	福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。	○		○	
	第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。	○		×	
	法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人(福祉施設・事業所)の存在意義や役割を明確にするように努めている。	○		○	
	地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。	○		○	
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。					
評価の着眼点	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。	○	a	○	a
	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。	○		○	
	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。	○		○	
	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。	○		○	
	外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。	○		○	
	外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。	○		○	
II 組織の運営管理 -4 地域との交流、地域貢献 -(1) 地域との関係が適切に確保されている。					
II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。					
評価の着眼点	地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	○	c	○	b
	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。	×		○	
	利用者の個別の状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。	×		×	
	福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。	×		○	
	利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。	○		○	

長崎県福祉サービス共通評価項目【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価		第三者評価	
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。					
評価の着眼点	ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。	×	c	○	b
	地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。	○		○	
	ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。	×		×	
	ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。	×		×	
	学校教育への協力を行っている。	×		×	
II 組織の運営管理 -4 地域との交流、地域貢献 -(2) 関係機関との連携が確保されている。					
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。					
評価の着眼点	当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。	×	c	×	b
	職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。	×		×	
	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	×		○	
	地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。	×		○	
	地域に適切な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	×		×	
II 組織の運営管理 -4 地域との交流、地域貢献 -(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。					
II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。					
評価の着眼点	福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。	×	b	○	b
	福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。	×		×	
	福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。	×		×	
	災害時の地域における役割等について確認がなされている。	○		○	
	多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。	○		○	
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。					
評価の着眼点	福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。	×	c	×	c
	民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	×		×	
	地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。	×		×	
	関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。	×		×	
	把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。	×		×	
	把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。	×		×	

長崎県福祉サービス共通評価項目【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価	第三者評価
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が明示されている。			
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。			
評価の着眼点	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、職員が理解し実践するための取組を行っている。	○	a
	利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	○	
	利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。	○	
	利用者の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。	○	
	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。	○	
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。			
評価の着眼点	利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	○	a
	利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	○	
	利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。	○	
	一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。	○	
	利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。	○	
	規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。	○	
	不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。	○	
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 -(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。			
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。			
評価の着眼点	理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。	×	a
	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。	○	
	福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。	○	
	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	○	
	利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	○	
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。			
評価の着眼点	サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。	○	a
	サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。	○	
	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を行っている。	○	
	サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。	○	
	意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。	○	

長崎県福祉サービス共通評価項目【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価	第三者評価		
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。					
評価の着眼点	福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。	○	a	b	○
	他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉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。	○			○
	福祉サービスの利用が終了した後も、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。	○			○
	福祉サービスの利用が終了した時に、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。	×			×
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 -(3) 利用者満足の上昇に努めている。					
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。					
評価の着眼点	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	×	c	b	○
	利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。	×			×
	職員等が、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。	×			×
	利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、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。	×			×
	分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。	×			×
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 -(4) 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-(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。					
評価の着眼点	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)が整備されている。	○	a	b	○
	苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。	×			×
	苦情記入カードの配布やアンケート(匿名)を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。	×			×
	苦情内容については、受付と解決を図った記録が適切に保管している。	○			○
	苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。	○			○
	苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。	○			○
	苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	○			○
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。					
評価の着眼点	利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を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。	×	b	b	×
	利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。	×			×
	相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	○			○

長崎県福祉サービス共通評価項目【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価	第三者評価
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。			
評価の着眼点	相談や意見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定めたマニュアル等を整備している。	×	×
	対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。	×	×
	職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。	○	○
	意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。	×	×
	職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。	○	○
	意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	○	○
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 - (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。			
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。			
評価の着眼点	過去1年間に安全確保の対策で問題が発生していない。	○	×
	リスクマネジメントに関する責任者の明確化(リスクマネジャーの選任・配置)、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。	○	○
	事故発生時の対応と安全確保について責任、手順(マニュアル)等を明確にし、職員に周知している。	○	○
	利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。	○	○
	収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。	○	○
	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。	○	○
	事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。	○	○
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。			
評価の着眼点	過去1年間に安全確保の体制で問題が発生していない。	○	×
	感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	○	○
	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。	×	×
	担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。	○	○
	感染症の予防策が適切に講じられている。	○	○
	感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。	○	×
	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。	×	×

長崎県福祉サービス共通評価項目【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価		第三者評価	
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。					
評価の着眼点	災害時の対応体制が決められている。	○	a	○	b
	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。	○		○	
	利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。	○		○	
	食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。	○		○	
	防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。	×		×	
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施 -2 福祉サービスの質の確保 -(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。					
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。					
評価の着眼点	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	×	c	×	c
	標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。	×		×	
	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。	×		×	
	標準的な実施方法にもと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。	×		×	
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。					
評価の着眼点	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・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。	○	a	×	c
	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。	○		×	
	検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。	○		×	
	検証・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。	○		×	
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施 -2 福祉サービスの質の確保 -(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。					
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。					
評価の着眼点	福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。	○	b	○	a
	アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。	×		○	
	部門を横断したさまざまな職種の関係職員(種別によっては組織以外の関係者も)が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。	×		○	
	福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。	○		○	
	福祉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者も)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。	○		○	
	福祉サービス実施計画どおりに福祉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、機能している。	○		○	
	支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。	○		○	

長崎県福祉サービス共通評価項目【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

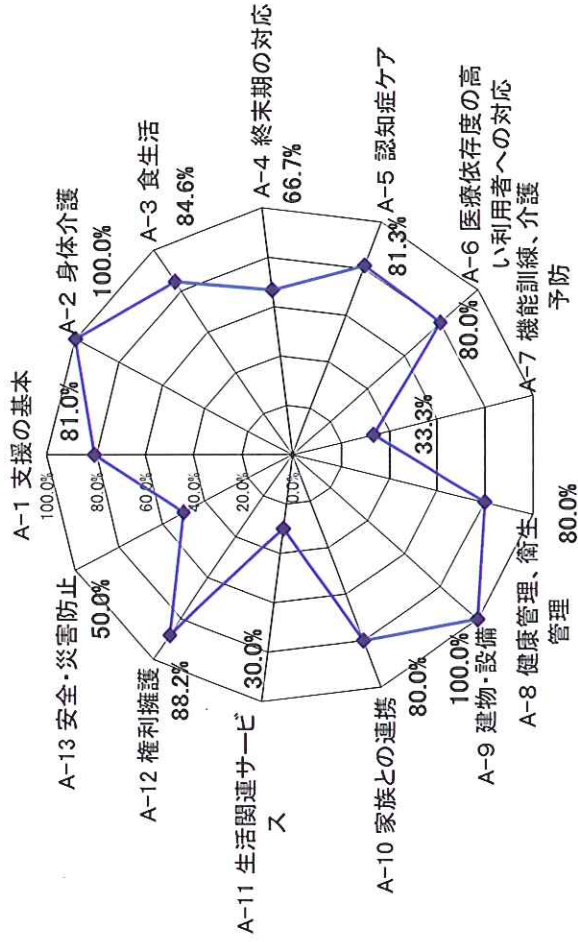
項目および評価の着眼点		自己評価		第三者評価	
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。					
評価の着眼点	福祉サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。	○	a	○	b
	見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。	○		○	
	福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。	×		○	
	福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容(ニーズ)等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。	○		×	
Ⅲ適切な福祉サービスの実施 -2 福祉サービスの質の確保 -(3) 福祉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。					
評価の着眼点	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。	○	a	○	b
	サービス実施計画にもと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。	○		○	
	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等の工夫をしている。	○		○	
	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。	○		○	
	情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。	○		○	
	パソコンのネットワークシステムを利用や記録ファイルの閲覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。	○		○	
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。					
評価の着眼点	個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。	○	a	○	b
	個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。	○		○	
	記録管理の責任者が設置されている。	○		○	
	記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	○		○	
	職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。	○		○	
	個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。	○		○	

各項目に係る着眼点に対する評価結果一覧及びグラフ【個別項目】

自己評価

項目	着眼点	達成数	達成率
A-1 支援の基本	21	17	81.0%
A-2 身体介護	42	42	100.0%
A-3 食生活	26	22	84.6%
A-4 終末期の対応	6	4	66.7%
A-5 認知症ケア	16	13	81.3%
A-6 医療依存度の高い利用者への対応	5	4	80.0%
A-7 機能訓練、介護予防	6	2	33.3%
A-8 健康管理、衛生管理	20	16	80.0%
A-9 建物・設備	5	5	100.0%
A-10 家族との連携	5	4	80.0%
A-11 生活関連サービス	10	3	30.0%
A-12 権利擁護	17	15	88.2%
A-13 安全・災害防止	12	6	50.0%
1～13 合計	191	153	80.1%

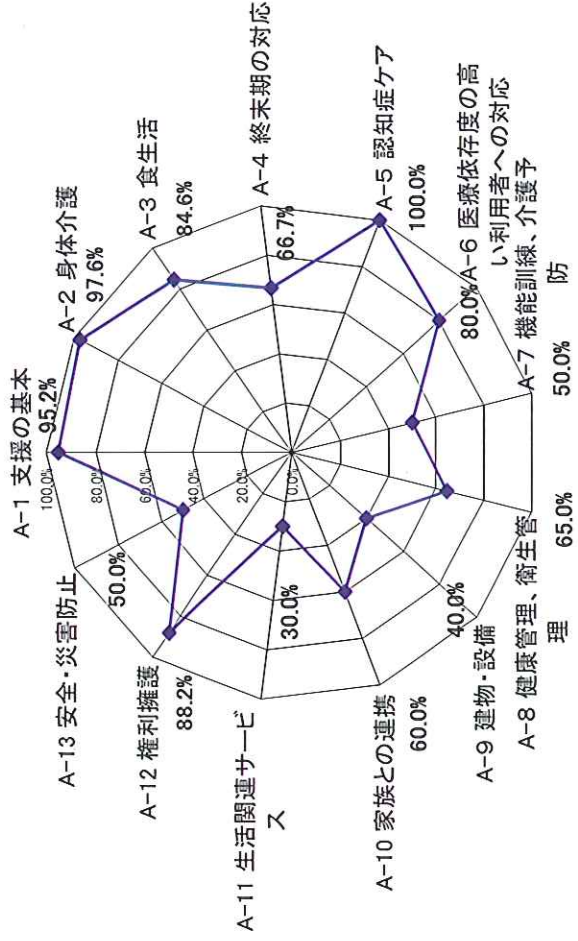
個別項目 達成度 (自己評価)



第三者評価

項目	着眼点	達成数	達成率
A-1 支援の基本	21	20	95.2%
A-2 身体介護	42	41	97.6%
A-3 食生活	26	22	84.6%
A-4 終末期の対応	6	4	66.7%
A-5 認知症ケア	16	16	100.0%
A-6 医療依存度の高い利用者への対応	5	4	80.0%
A-7 機能訓練、介護予防	6	3	50.0%
A-8 健康管理、衛生管理	20	13	65.0%
A-9 建物・設備	5	2	40.0%
A-10 家族との連携	5	3	60.0%
A-11 生活関連サービス	10	3	30.0%
A-12 権利擁護	17	15	88.2%
A-13 安全・災害防止	12	6	50.0%
1～13 合計	191	152	79.6%

個別項目 達成度 (第三者評価)



第三者評価結果：長崎県福祉サービス個別項目(高齢者福祉サービス・特別養護老人ホーム版)

A- 1 支援の基本		第三者評価
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	
<p>【コメント】 今年度の施設目標は「その人らしく生活できる施設を目指そう」である。 職員は利用開始前のアセスメントや入所者・家族との会話の中から、今までの暮らし方や趣味、嗜好などを把握し、共有している。また、24時間シートを活用し、1日の生活リズムの把握に努め、入所者の1日の過ごし方を記録し、ケアカンファレンスで入所者のための支援の検討を行っている。 起床時間や食事時間はユニット毎であり、入所者の体調や習慣に合わせた支援を行っている。 毎月行事を計画し、施設内のレクリエーションや法人系列の施設の祭りに出掛けたり、ドライブや散歩、外気浴など、季節を感じ気分転換を促している。また、居室を自由に行き来し、談笑するなど入所者同士の交流があり、家族の面会も多い。 しかし、開設間もないこともあり、入所者の意向に沿った暮らし方を掘り下げたり、ボランティアや地域住民との交流はこれからである。入所者がその人らしく暮らせる支援に期待したい。</p>		
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	
<p>【コメント】 施設には接遇委員会があり、毎月の会議で言葉遣いやコミュニケーションについて検討を行っている。又、マナーガイドブックに基づいたチェック機能があり、全職員へ周知を図っている。 職員は入所者と1対1の場面やレクリエーション時、日常の支援の中で思いや意向を聞き取っている。表出困難な入所者は表情や仕草などで判断し、聞き取った思いは記録し、ケアプラン作成に繋げている。 しかし、積極的な聞き取りの取り組みや入所者の気分、感情や人格に配慮ある言葉遣いや接し方の徹底はこれからである。 人格や尊厳を尊重したコミュニケーションの工夫、思いや意向の積極的な抽出に期待したい。</p>		
A- 2 身体介護		第三者評価
① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	
<p>【コメント】 入浴前にバイタル測定を行い、入浴の希望を聞き取っている。週2、3回を基本としているが、入所者の気分や体調に対応し、入浴時間をずらしたり、日を変えて支援を行っている。体調によっては清拭を行っている。車椅子利用の入所者は、足浴にシャワー浴や湯船に浸るなど本人の希望に沿って支援を行っている。 浴室は個浴、機械浴、特殊浴の準備があり、入所者の状況に応じた支援が可能である。浴室は手すりを設置し、入浴時には脱衣室と浴室の温度差をなくし、滑り止めマットや浴室床をシャワーで流すなど安全に配慮した取り組みがある。また、感染症の入所者は最後の入浴にするなど感染症予防に努めている。入浴後は水分補給を行っている。入所者の状況に合わせた入浴支援やホールと脱衣室の間にパーテーションを設置するなど工夫があるが、広い脱衣室に設置している便器については、鍵がかかり個室となるものの、本人の羞恥心に配慮した更なる工夫に期待したい。</p>		
② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	
<p>【コメント】 職員は、排泄チェック表を基に入所者の排泄リズムや排泄状況を把握・共有し、支援している。 トイレでの座位排泄を基本とし、入所者の排泄リズムに合わせて誘導し、入所者の排泄状況に応じた用具などの検討を行っており、排泄の自立支援に向け取り組んでいる。 排泄支援時には状況を観察し、異常時には看護師へ報告するなど連携した健康管理体制がある。 職員は、夜間使用のポータブルトイレをその都度洗浄する他、週1回清掃して清潔保持し、本人が気持ち良く使用できるように努めている。職員は排泄情報を申し送りノートに記載し、共有している。 しかし、排泄状況に合わせた支援手順の職員への周知は不十分であるため、排泄介助に関する研修等、職員への周知徹底が望まれる。</p>		

第三者評価結果：長崎県福祉サービス個別項目(高齢者福祉サービス・特別養護老人ホーム版)

<p>③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。</p>	<p>b</p>
<p>【コメント】 施設内はバリアフリーであり、通路は車椅子のすれ違いに十分な幅があり、手すりを設置し安全に移動できるような環境を整備している。 入所者の移乗・移動の自立に向け、起立訓練や散歩など筋力や歩行能力の維持、向上に取り組んでいる。 入所者の身体状況に応じた移動手段はユニット会議の議題にあげ、適した方法、福祉用具の検討を行っている。 しかし、使用前の車椅子のエア―やブレーキの確認など毎日の点検は行っていないため、安全確認のための手順の検討を期待したい。</p>	
<p>④ 褥瘡の発生予防を行っている。</p>	<p>a</p>
<p>【コメント】 現在、褥瘡の入所者はゼロである。 職員はブレーデンスケールに基づき入所者の情報を共有し、褥瘡委員会へ報告している。 毎月1回の褥瘡委員会を開催し、褥瘡リスクのある入所者の状況と対応を検討し、予防ケアへ繋げ、エアーマットの導入や栄養に問題のある入所者は、高カロリーゼリーを追加するなど栄養士の意見を取り入れ、予防や改善に向けた取組みを行っている。 年2回、褥瘡予防の研修会を実施し、体位変換や座位の取り方などの手順を職員に周知している。 褥瘡委員会を中心とした、介護職員、看護師、栄養士の連携があり、PDCAサイクルが機能した体制を確立している。</p>	
<p>A- 3 食生活</p>	<p>第三者評価</p>
<p>① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。</p>	<p>a</p>
<p>【コメント】 献立は栄養士がカロリーや栄養を考慮して1週間毎に立てている。給食委員会の提案で季節の食材や料理、郷土料理を盛り込んでいる。 アレルギーに対応し、嗜好は代替え食を提供している。また、食事が楽しく食べられるように数種類の入所者に応じた形状を用意している。 正月、ひな祭り、節分、節句、敬老会などの行事食やバレンタインにはメッセージカードを添え、入所者に喜ばれている。 食事は温冷配膳車を使用し適温で提供している他、入所者にとって美味しく見えるように盛り付ける配慮がある。 食堂の座る位置は、気の合う入所者同士は隣合わせに、介助が必要な入所者は端にするなど配慮し、楽しく食事ができるよう工夫がある。</p>	
<p>② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。</p>	<p>b</p>
<p>【コメント】 入所者の状況に応じ、主食のご飯は、普通、柔らか、超柔らか、七分がゆ、全粥を用意し、副食の形状は、常食、一口大食、きざみ食、トロミ食、ミキサー食と極め細やかな対応がある。 水分は1日1500ccの摂取を目標に利用者の好みの飲み物も準備し取り組んでいる。また、1週間毎に体重測定し、異常の時は看護師や栄養士に報告し、検討する仕組みがある。 食事前に嚥下体操を実施しているが、食事が喉に仕えた場合の対応などの研修は行われていない。誤嚥はすぐにも起こりうることであり、早急な研修の実施が待たれる。</p>	

第三者評価結果：長崎県福祉サービス個別項目(高齢者福祉サービス・特別養護老人ホーム版)

<p>③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。</p>	<p>b</p>
<p>【コメント】 食事前の嚥下体操や食事後のうがいや歯磨き、義歯の洗浄を行い、就寝時は義歯の取り外しを行うなど、入所者の状況に応じた口腔ケアに取り組んでいる。 入所者に応じた口腔ケアの計画の作成や歯科医師や歯科衛生士による助言、指導、検診はこれからであり、職員研修の実施もこれからである。取組みに期待したい。</p>	
<p>A- 4 終末期の対応 第三者評価</p>	
<p>① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。</p>	<p>b</p>
<p>【コメント】 施設では、開所後に終末期ケアを行った事例が1例ある。 終末期を迎えた入所者・家族を支えていくにあたり、生活相談員・ケアマネージャー・栄養士・看護職員・介護職員と多職種で連携し、現状の申し送り・急変時の対応についての話し合いを重ねケアプランにも反映させている。入所者・家族の希望に沿ったケアを行いたいという気持ちも強い。 また、主治医から家族や職員への説明があり、入所者の意向を確認した上で施設医との連携を図っている。エンゼルケアに必要な物品の準備もできている。 現在、回復しているが、今後、施設での看取りケアにおいて永眠までの経験をするところがあると考えられる。その際に全職員が怖がることなく、知識を持った上でケアにあたれるよう、終末期ケアに関する研修の実施・積み重ねが望まれる。</p>	
<p>A- 5 認知症ケア 第三者評価</p>	
<p>① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。</p>	<p>b</p>
<p>【コメント】 認知症ケアに関する外部の研修会に参加し、職員への報告会を行っている。 認知症の周辺症状が現れた場合、看護職員へ相談を行い、ケアの統一・情報の共有に向けた話し合いを行っている。入所者の認知症症状で急激な変化があった場合は、病院受診も行っている。 入所者は日常生活の中で、台ふき・洗濯物たたみ・掃除・食事の下膳など、それぞれに役割を持って生活している。クリスマスツリーの飾り付けを相談した職員に対して、入所者が半日悩みながらアドバイスをくれたというエピソードがある。入所者個々の状況に応じ、職員が促す・頼る・待つなどの手法を持ってケアにあたっており、温かい介護を行っていることがわかる。 認知症ケアについては、新人職員への周知を行い、周辺症状に対する具体的な対応についてケアプランに活かすことを期待したい。</p>	
<p>② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。</p>	<p>b</p>
<p>【コメント】 居室は全室個室で、わかりやすく居室・トイレ等、表示している。居室には、家族の写真や入所者が作成した作品を飾るなど、落ち着ける空間づくりの工夫が見られ、夜間の電灯の調整については本人の好みを優先して対応している。入所者が居ない場所から清掃を行うよう配慮しており、清潔を保持している。 環境チェックシート・安全衛生パトロールチェックリスト・安心安全チェックリストがあり、定期的に入所者の安心・安全な生活についての評価を行っている。 居室でポータブルトイレを使用する場合、日中や使用しない時間が長い場合など、尊厳を守る観点からカバー等を利用した見えない工夫が望まれる。</p>	

第三者評価結果：長崎県福祉サービス個別項目(高齢者福祉サービス・特別養護老人ホーム版)

A- 6 医療依存度の高い利用者への対応	第三者評価
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
<p>【コメント】 現在、看護職員の不足により医療依存度の高い入所者を受け入れることは難しい状況である。病院が遠い、施設に頼らず家で看取りを行うといった地域的な条件や考え方がある中で、看護職員からはできる範囲内での受入れに前向きな姿勢が見てとれる。 高齢者に多い疾患や加齢に伴う変化については、多職種参加の担当者会議においてケアの注意点・特徴などの情報共有に努めている。入所居時は、事前調査による担当者からの情報の引き継ぎを行っている。 職員の疾患に対する知識をさらに深めるため、勉強会の開催を期待したい。</p>	
A- 7 機能訓練、介護予防	第三者評価
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
<p>【コメント】 入所者の訴えや天候に合わせて、体操・散歩・風船バレー等のレクリエーションを行っている。1人の入所者を散歩に誘うと他の入所者も一緒に散歩に出掛けたいという希望が表出し、触れ合いの時間にも繋がっている。機能訓練を行う専門職は不在だが、1日を通して、生活の中で活動量を維持できるよう支援している。 認知症の症状の変化については、病院の総合外来受診後、精神科への相談を行っている。 心身の変化について日々の様子を把握しているが、「認知症高齢者の日常生活自立度」など、スケールを使用した客観的な評価の導入を期待したい。</p>	
A- 8 健康管理、衛生管理	第三者評価
① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	b
<p>【コメント】 熱計表・排泄表・食事水分チェック表・内服チェック表を用いて、入所者の体調変化の早期発見に努め、記録している。バイタルチェックは入浴前には済ませているが、体調不良や看取り期等に関しては、夜間もバイタルチェックを行っている。夜間は入所者の急変に備え、看護職とオンコール体制を取っており、職員は電話で救急要請や対処方法などの指示を求めることができる。内服薬の調整や医師からの指示は、看護職員から介護職員へ伝達している。 誤薬時の病院受診や嚥下せず落下した内服薬への対応など配慮しているが、薬の副作用に関する勉強会の実施が望まれる。</p>	
② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	b
<p>【コメント】 感染症対策委員会・衛生委員会が設置され、勉強会を実施している。 インフルエンザに関しては対策マニュアルがあり、職員は出・退勤時の検温や手洗い、マスクの着用を行っている。職員・入所者ともに全員インフルエンザの予防接種を行っており、家族や訪問者からの感染予防も実践している。 感染対策の物品は準備されているが、ノロウイルス対策については嘔吐物の処理方法やガウンテクニックなど、より実践的な学習を行うことが望まれる。</p>	

第三者評価結果：長崎県福祉サービス個別項目(高齢者福祉サービス・特別養護老人ホーム版)

③ 服薬の管理は、適正に実施している。	b
<p>【コメント】 内服一覧表・内服チェック表を用いて服薬を管理している。 処方された薬は、看護職員が入所者の名前が書かれたタッパーに1回分ずつに分け、朝・昼・夕に区分したトレイに乗せ、各ユニットに配薬している。与薬時は介護職員が入所者の名前を確認し、与薬後はタッパーを裏返して服薬チェック表に印し、与薬した介護職員の名前を記入するルールがある。 しかし、1月には誤薬事故が複数発生するなど、手順が確実に守られているか、どの段階でミスが起こったのかなど検証が必要である。介護事故委員会が中心となり、誤薬の原因を究明し、現場の状況に合った使いやすいマニュアルの整備が待たれる。</p>	
<p>A- 9 建物・設備 第三者評価</p>	
① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	b
<p>【コメント】 設備面や備品は安心安全チェックリスト、環境整備チェックシート、安全衛生パトロールチェックリスト等による定期的な点検を行い、安全を確保している。 病院であった施設の既存の雰囲気や和らげるさまざまな工夫がみられ、入所者への温かい気配りが感じられる。 しかし、ホールで寛げる椅子やソファ、家庭的な雰囲気作りはこれからである。生活の場としての工夫を期待したい。</p>	
<p>A- 10 家族との連携 第三者評価</p>	
① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	b
<p>【コメント】 苦情の窓口や処理手順は明文化し、利用開始時に家族へ説明し同意の署名を得ている。また、要望は面会時やケアプラン作成時に聞き取り、プランに反映している。 職員は、家族面会時には、入所者の状況を報告し、家族が話しやすい雰囲気づくりを心掛けている。体調の変化がある時は電話で報告している。 開設間もない状況で、家族参加の行事や家族会設立の取組みは行っていない。入所者と家族の関係が途切れないように支援の工夫を期待したい。</p>	
<p>A- 11 生活関連サービス 第三者評価</p>	
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。	b
<p>【コメント】 毎日の暮らしの中に集団で行うゲームや体操を取り入れている。また、入所者の状況に応じて個別に脳活性化の計算や塗り絵などを行っている。入所者はカラオケや敬老会、クリスマス会など楽しんでいる。 法人系列施設の夏祭りへ出掛けたり、季節の花見ドライブや天気の良い日は施設の敷地内を散歩している。 ただし、個別の外出支援や外気浴などは少ない。積極的な外出への取組みを期待したい。</p>	
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。	非該当
<p>【コメント】 金銭の預かりを行っていない。</p>	

第三者評価結果:長崎県福祉サービス個別項目(高齢者福祉サービス・特別養護老人ホーム版)

A- 12 権利擁護	第三者評価
<p>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。</p> <p>【コメント】 入所者の権利擁護として、成年後見制度や日常生活自立支援事業については現在、パンフレットなどの準備はなく、入所者への説明も行っていない。権利擁護についての勉強会の実施や取組みが待たれる。</p>	c
<p>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。</p> <p>【コメント】 拘束のない支援を原則とし、日々の支援に取り組んでいる。今年度、センサーベッドを使用する事例があったが、導入に向けてはカンファレンスを実施し、家族へ説明し同意の署名を得ている。また、センサー使用記録に記し、解除に向けて検討を行っている。 事故対策・身体拘束廃止委員会を設置しており、毎月の委員会会議の議事録を回覧し、職員へ周知を促している。 さらに、法人研修を実施しているが、全職員の参加は得られていない。全職員を対象としたスピーチロックを含めた身体拘束の理解を深める取組みに期待したい。</p>	b
<p>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。</p> <p>【コメント】 不適切な関わりがあった場合の手順、処分は就業規則に明記している。 現在まで、不適切な関わりは発生していない。 不適切な関わりについては、高齢者虐待に関する勉強会を年2回実施し、毎月の職員会議でも注意を促し、理解を深めている。入所者への聞き取りも行っている。ただし、全職員への周知、徹底は不十分であり、理解に向けた取組みを期待したい。</p>	b
A- 13 安全・災害防止	第三者評価
<p>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。</p> <p>【コメント】 消防計画、施設避難計画書内の自然災害対策編、消防訓練マニュアルを整備している。また、安全安心チェックリスト、環境整備チェックシート、安全衛生パトロールチェックリストに基づいて、定期的な確認点検を行っている。 年2回の消防署立ち会いの避難訓練を計画しているが、消防署と日程調整中で実施は未だである。職員にはマニュアルに基づいた手順の説明を行っている。 近隣の施設や地域の連携や協力体制はこれからであり、非常時の連絡網整備や災害支援カードの作成も不十分である。早期の取組みが待たれる。</p>	b
<p>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。</p> <p>【コメント】 職員通用口はナンバー式の施錠を設置し、関係者以外の侵入を防止している。 不審者対策は研修を行っているが、マニュアルの作成は未だであり、職員への周知も行っていない。地域との連携はこれからである。 現在までに不審者の問題は発生していないが、マニュアル整備など早急な取組みを期待したい。</p>	c

長崎県福祉サービス個別項目(高齢者福祉サービス・特別養護老人ホーム版)【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価	第三者評価
A-1 支援の基本			
A-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。			
評価の着眼点	利用者の心身の状況、ADL、睡眠・食事・排せつ、暮らしの意向、これまでの環境(物的・人的)、生活習慣等の把握をしている。	○	○
	利用者一人ひとりの暮らしの意向を理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援を行っている。	○	○
	利用者一人ひとりに応じた生活となっているかを検討し、改善する取り組みが組織的に継続して行われている。	○	○
	サービス提供場面において、自立に配慮した援助を行っている。	○	○
	自立、活動参加への動機づけを行っている。	○	○
	利用者の趣味、興味、希望を把握し、活動に反映するとともに複数のメニューを用意している。	×	○
	家族、ボランティアや地域住民の参加を得ることなどにより、活動の多彩化を図っている。	×	○
	買い物、外出、地域の行事への参加など社会参加に係るプログラムを導入している。	×	○
	食事、排せつ、入浴について、本人の意思を尊重し、できる限り、食堂、トイレ、風呂に移動して行えるようにしている。	○	○
	生活のメリハリづけ等のため、着替え・整容等を適時行っている。	○	○
	利用者の体力や身体状況にあった離床時間となるように援助している。	○	○
	利用者の心身の状況を考慮し、利用者一人ひとりに配慮して日中活動に参加できるよう工夫している。	○	○
趣味活動、嗜好品等、生活に楽しみがあるような工夫をしている。	○	○	
A-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。			
評価の着眼点	利用者の考えや希望を十分に聴き取れるよう、さまざまな機会、方法でコミュニケーションを行っている。	○	○
	利用者の思いや希望を聴きとったり読みとったりして、その内容をケアに生かしている。	○	○
	日常生活で援助を行う際に、コミュニケーションの重要性を認識し、話しかけている。	○	○
	話すことや意思表示が困難など特に配慮が必要な人には、個別の方法で行っている。	○	○
	利用者への言葉づかいに対する配慮や節度ある接し方がなされている。とくに自尊心を傷つけるような言葉づかい、幼児語の使用、指示的な言葉を慎んでいる。	×	×
	利用者への言葉づかいや接遇に関する、継続的な検討や研修を実施している。	○	○
	会話の不足している利用者には特に気を配り、日常生活の各場面でも話をしてもらえるようにしている。	○	○
	利用者が話したいことを話せる機会を作っている。	○	○

長崎県福祉サービス個別項目(高齢者福祉サービス・特別養護老人ホーム版)【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価		第三者評価	
A-2 身体介護					
A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。					
評価の着眼点	利用者の心身の状況や意向に合わせ、入浴形態・方法を採用し、入浴介助や清拭等の方法を工夫している。	○	a	○	b
	入浴の誘導や介助にあたっては、利用者の尊厳や羞恥心に配慮し、環境・介助方法等の工夫を行っている。	○		○	
	入浴を拒否する人への誘導や介助方法等を工夫している。	○		○	
	入浴前の浴室内の安全確認(湯温、備品等)を行っている。	○		○	
	脱衣室等の室温管理を行っている。	○		○	
	入浴後は、水分摂取、スキンケアを行っている。	○		○	
	入浴の可否の判断基準を明確にし、入浴前に健康チェックを行い、必要に応じて清拭等に代えるなどの対応をしている。	○		○	
	入浴介助を安全に実施するための取り組みを行っている。	○		○	
	利用者の健康状態等、必要に応じて、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。	○		○	
	利用者の意向に応じて、入浴日を変更したり、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。	○		○	
	浴槽は、機械浴、リフト浴、一般浴、個浴等、いくつかの種類が用意されている。	○		○	
	シャワーチェア、その他の介護機器が用意されている。	○		○	
	利用者が自力で入浴できる場合でも、安全のための見守りを行っている。	○		○	
	感染症、心身の状況や意向等を踏まえて入浴順の配慮を行っている。	○		○	
A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。					
評価の着眼点	利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排せつ介助の方法を工夫している。	○	a	○	b
	排せつの自立に向けた働きかけをしている。	○		○	
	必要に応じ、尿や便を観察し、健康状態の確認を行っている。	○		○	
	排せつの誘導や介助にあたっては、利用者の尊厳や羞恥心に配慮し、環境・介助方法等の工夫を行っている。	○		○	
	利用者が気兼ねしないように手際よく、必要に応じて声かけを行いながら介助している。	○		○	
	トイレ(ポータブルトイレを含む)は、衛生や臭いに配慮し、清潔を保持している。	○		○	
	冬場のトイレの保温に配慮している。	○		○	
	トイレ内での転倒、転落を防止する等、排せつ介助を安全に実施するための取り組みを行っている。	○		○	
	自然な排せつを促すために、排せつのリズムの把握、適度な運動、食事改善・水分摂取等に配慮している。	○		○	
	睡眠時の排せつ介助については、利用者個々の心身の状況を検討し、睡眠を妨げないように実施している。	○		○	
	おむつ・おむつカバー、便器等は、利用者に適したものが使用できるよう準備している。	○		○	
	おむつ交換を行う際には、皮膚の観察、清拭等を行っている。	○		○	
	尿意・便意の訴えやおむつ交換の要望に対して、できる限り早く対応できるようにしている。	○		○	

長崎県福祉サービス個別項目(高齢者福祉サービス・特別養護老人ホーム版)【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価	第三者評価	
A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。				
評価の着眼点	利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている。	○	a	b
	移乗・移動の自立に向けた働きかけをしている。	○		
	移乗・移動の介助の安全な実施のための取り組みを行っている。	○		
	使用している福祉用具が、利用者の心身の状況に合っているかを確認している。	○		
	移動に介助が必要な利用者が移動を希望した際に、できる限り早く対応できるようにしている。	○		
	移乗、移動している本人だけでなく、他の利用者の安全にも配慮している。	○		
	車イスや杖などを利用する場合に、移動しやすい環境整備を行っている。	○		
	利用者の心身の状況に合わせた福祉機器、福祉用具を準備している。	○		
	福祉用具に不備はないか等の点検を常時行っている。	○		
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。				
評価の着眼点	皮膚の状態確認、清潔の確保の方法など、褥瘡の予防について、標準的な実施方法を確立している。	○	a	a
	利用者の心身の状況に応じた体位変換や姿勢の変換を行っている。	○		
	必要に応じ、マッサージの実施、軟膏等の塗布を行っている。	○		
	傷や皮下組織のずれが起きないように安全に介助している。	○		
	標準的な実施方法について職員に周知徹底するため、研修や個別の指導等の方策を講じている。	○		
	褥瘡を食事面から予防するために、利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、栄養管理を行っている。	○		
A-3 食生活				
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。				
評価の着眼点	利用者の希望や好みを聴き、献立に反映させている。	○	a	a
	食材に旬のものを使用するなど、献立に変化をもたせるよう工夫をしている。	○		
	料理にあった食器を使ったり、盛り付けの工夫をしている。	○		
	適温で食事を提供している。	○		
	利用者の状況に応じた、食堂の雰囲気づくりを工夫している。	○		
	座る席や一緒に食べる人について利用者の意向を聞き、テーブルや席の配置を配慮している。	○		
	食事に選択性を取り入れる工夫をしている。	○		
	居室へ配膳する際も保温に配慮している。	○		

長崎県福祉サービス個別項目(高齢者福祉サービス・特別養護老人ホーム版)【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価		第三者評価	
A-3-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。					
評価の着眼点	利用者の嚥下能力に合わせた飲み込みやすい食事(形状や調理方法)を工夫して提供している。	○	b	○	b
	利用者自身で行える範囲を把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。	○		○	
	できる限り利用者のペースで食べられるように工夫するとともに、利用者の身体に負担がかからないよう配慮している。	○		○	
	嚥下しやすいようにできるだけ座位をとるなど、利用者の食事時の姿勢に常に配慮している。	○		○	
	誤嚥、喉に詰まったなど食事時の事故について、対応方法を確立し、日頃から確認、徹底している。	×		×	
	食事、水分の摂取量を把握し、食事への配慮、水分補給を行っている。	○		○	
	栄養士や医療スタッフと連携し、利用者の心身の状況に合わせ、栄養面・形態に配慮した食事を提供している。	○		○	
	経口での食事摂取が継続できるようにするための取り組みを行っている。	○		○	
	利用者一人ひとりの栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成し、それに基づく栄養マネジメントを実施している。	○		○	
発熱、歯痛等の突発的な状況に対応した食事を提供している。	○	○			
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。					
評価の着眼点	利用者の口腔清掃の自立の程度を把握している。	○	b	○	b
	一人ひとりに応じた口腔ケアの計画を作成し、実施、評価・見直しをしている。	×		×	
	歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔状態および咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行っている。	×		×	
	口腔機能を保持・改善するための体操(口腔体操等)を行っている。	○		○	
	職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。	×		×	
	食後や就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケアおよび口腔内のチェックを行っている。	○		○	
	必要に応じて、義歯の着脱、清潔、保管について援助している。	○		○	
	利用しやすい洗口スペースを確保している。	○		○	
A-4 終末期の対応					
A-4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。					
評価の着眼点	利用者が終末期を迎えた場合の対応について手順が明らかになっている。	○	b	○	b
	利用者および家族に、終末期を迎えた場合の施設・事業所での対応・ケアについて十分な説明を行い、対応方法・連絡方法を確認している。	○		○	
	職員に対して、終末期のケアに関する研修を実施している。	×		×	
	終末期のケアに携わる職員や利用者の担当職員等に対して、精神的なケアを実施している。	×		×	
	医師・医療機関等との連携体制を確立している。	○		○	
	利用者・家族から希望があった場合に、利用者の状況に応じてできる限り施設での看取り介護を行う体制を整えている。	○		○	

長崎県福祉サービス個別項目(高齢者福祉サービス・特別養護老人ホーム版)【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価	第三者評価
A-5 認知症ケア			
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。			
評価の着眼点	利用者の日常生活能力、残存機能の評価を行っている。	○	○
	周辺症状を呈する利用者には、一定期間の観察と記録を行い、症状に合わせたケアや生活上の配慮を行っている。	○	○
	あらゆる場面で、支持的、受容的な関わり、態度を重視した援助を行っている。	○	○
	利用者が日常生活の中でそれぞれ役割(家事等)が持てるように工夫している。	×	○
	職員に対して、認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう研修を実施している。	×	○
	医療スタッフ等との連携のもと、周辺症状について分析を行い、支援内容を検討している。	×	○
	利用者一人ひとりの症状に合わせ、個人あるいはグループで継続的に活動できるよう工夫している。	○	○
	抑制・拘束は行っていない。やむを得ず実施する場合には、必要な手続きをとっている。	○	○
A-5-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。			
評価の着眼点	利用者が安心・安全で落ち着ける環境となるよう工夫している。	○	○
	利用者の行動が抑制されたり拘束されたりすることのないよう、環境に十分な工夫をしている。	○	○
	危険物の保管、管理が適切に行われている。	○	○
	異食や火傷等の事故防止のため、片付け、清掃が行われている。	○	○
	共有スペースも、認知症高齢者が安心して過ごせる環境づくりの工夫を行っている。	○	○
	居室については、同室者の組み合わせ等に配慮している。	○	○
	ベッドの周囲には、写真や個々の好みのものを飾る等の配慮をしている。	○	○
	居室・トイレ等、一目でわかるような表示をする等の工夫を行っている。	○	○
A-6 医療依存度の高い利用者への対応			
A-6-① 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。			
評価の着眼点	医療依存度の高い利用者を受入れており、メディカルスタッフが参加して定期的にカンファレンスを行っている。	○	○
	医療依存度の高い利用者も受入れており、当該利用者に関する対応マニュアルが整備されている。	×	×
	医療依存度の高い利用者も受入れており、医療記録と介護記録のお互いの内容を把握できる体制が構築されている。	○	○
	医療依存度の高い入所希望者も受入れる努力・工夫を行っている。	○	○
	利用者の特性、利用者の病態、基礎疾患、医療機器の取扱い方法等、医療依存度の高い利用者を受入れるうえでの基本的な知識を習得できる体制が整っている。	○	○

長崎県福祉サービス個別項目(高齢者福祉サービス・特別養護老人ホーム版)【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価		第三者評価	
A-7 機能訓練、介護予防					
A-7-① 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。					
評価の着眼点	介護予防活動も計画的に行い、評価・見直しをしている。	○	b	○	b
	利用者が主体的に訓練を行えるように工夫をしている。	×		×	
	利用者の状況に応じて、専門職(理学療法士、作業療法士等※)の助言・指導を受けている。※ここで「等」は、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、看護師を指す。	×		×	
	一人ひとりに応じた機能訓練のプログラムを作成し、実施、評価・見直しをしている。	×		×	
	日々の生活動作の中で、意図的な機能訓練・介護予防活動を行っている。	○		○	
	判断能力の低下や認知症の症状の変化を早期発見し、医師・医療機関との連携など必要な対応を行っている。	×		○	
A-8 健康管理、衛生管理					
A-8-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。					
評価の着眼点	利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくための工夫をしている。	○	a	○	b
	利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順、医師・医療機関との連携体制を確立している。	○		○	
	職員に対して、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。	×		×	
	体調変化時の対応について、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。	○		○	
	利用者ごとに看護・介護職員が適切に服薬管理または服薬確認をしている。	○		○	
	健康状態の記録を行っている。	○		○	
A-8-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。					
評価の着眼点	感染症や食中毒に対する予防対策、発生した場合の標準的な対応方法が確立されている。	○	a	×	b
	職員の健康状態についてチェックし、インフルエンザ等の体調の変化を日常的に把握できる仕組みがある。	○		○	
	職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法が文書化されている。	○		○	
	職員に対して、インフルエンザ等必要な予防接種について、費用負担を支援し受けさせている。	○		○	
	感染症や食中毒の発生予防・対応方法について、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。	○		×	
	必要な手洗器・消毒薬等の設備機器等が設置されている。	○		○	
	家族、来館者への手洗いや手指消毒等の呼びかけをしている。	○		○	
A-8-③ 服薬の管理は、適正に実施している。					
評価の着眼点	内服・外用薬の使用状況は、服薬管理表により適切な服薬管理を行っており所定の様式に従って記録されている。	○	b	○	b
	職員は、利用者が使用する薬の目的や副作用・用法や用量を承知しており、利用者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、症状の変化を確認している。	○		○	
	薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について、マニュアルが用意されている。	○		×	
	過去1年間に薬物使用の誤り等の問題が発生していない。	×		×	
	マニュアルについての研修等が行われ、関係職員に周知活動が行われている。	×		×	
	マニュアルは定期的に点検が行われ、必要に応じて見直しが行われている。	×		×	
	服用後、異常が見られた場合、速やかに協力医に相談できる連絡体制を取っている。	○		○	

長崎県福祉サービス個別項目(高齢者福祉サービス・特別養護老人ホーム版)【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価		第三者評価	
A-9 建物・設備					
A-9-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。					
評価の着眼点	建物・設備の点検を定期的に行い、問題点については改善するなど、快適性や安全を維持する取り組みをしている。	○	a	○	b
	備品の点検を定期的に行い、常に故障や不具合、汚れなどがないように維持する取り組みをしている。	○		○	
	椅子・テーブル・ベッド等の家具、床・壁等の建物について、落ち着けるような雰囲気づくりに配慮している。	○		×	
	談話スペースを配置するなど、快適に時間を過ごせるよう配慮している。	○		×	
	利用者が思い思いに過ごせる工夫がされている。	○		×	
A-10 家族との連携					
A-10-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。					
評価の着眼点	家族に対し、定期的および変化があった時に利用者の状況を報告している(同居家族がいる利用者への訪問介護であっても報告することが必要)。	○	a	○	b
	家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。	○		○	
	家族との相談を定期的および必要時に行っている。また、その内容を記録している。	○		×	
	家族の面会時には、利用者の近況を報告している。	○		○	
	行事等について家族に日程等を案内し、参加できるようにしている。	×		×	
A-11 生活関連サービス					
A-11-① 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。					
評価の着眼点	利用者が、希望により身体状況に応じた活動(余暇・レクリエーション等)を行っている。	○	b	○	b
	利用者が、施設の中だけで過ごさずに積極的に近所に出かけて楽しめるような雰囲気を作っている。	×		×	
A-11-② 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。					
評価の着眼点	金銭等の自己管理ができるように配慮され、自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。	×	c	×	
	自己管理に支援を要する人には、小遣い帳を活用するなどして自己管理に向けた学習を支援している。	×		×	
	金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムが用意されている。	×		×	
	預り金について、取扱規定(マニュアル)を定めて責任の所在を明確にしている。	○		○	
	マニュアルについての研修等が行われ、関係職員に周知活動が行われている。	×		×	
	マニュアルは定期的に点検が行われ、必要に応じて見直しが行われている。	×		×	
	過去1年間に預かり金の問題が発生していない。	○		○	
	定期的に、利用者や家族に出納状況を書面で報告している。	×		×	
A-12 権利擁護					
A-12-① 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。					
評価の着眼点	「成年後見制度」や「日常生活自立支援事業」についてのパンフレット等が、準備されているかどうか確認する。	×	c	×	c
	利用について相談に応じると共に、必要に応じて利用手続きの支援を行った記録がある。	×		×	
	実際の利用につなげるための外部関係機関との連携体制が取れている。	○		○	

長崎県福祉サービス個別項目(高齢者福祉サービス・特別養護老人ホーム版)【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価		第三者評価	
A-12-② 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。					
評価の着眼点	やむを得ず行動抑制や身体的拘束を行う場合、サービス計画に明記し、家族等の同意を得た上でやっている。	○	a	○	b
	やむを得ず行動抑制や身体的拘束を行う場合、詳細な記録を残している。	○		○	
	やむを得ず行動抑制や身体的拘束を行う場合、その明確な理由を説明することができる。	○		○	
	やむを得ず行動抑制や身体的拘束を行う場合、その解除のための方策を立て、努力している。	○		○	
	行動抑制や身体的拘束の廃止を実現するため、職員の研修や話し合いを行い、又外部研修へ参加する等、職員の意識啓発に努めている。	○		○	
	過去1年間に行動抑制や身体的拘束が行われていない。	○		○	
A-12-③ 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。					
評価の着眼点	暴力、人格的辱め、心理的虐待などの不適切な関わりの防止について、具体的な例を示し、職員に徹底している。	○	a	○	b
	不適切な関わりの防止について、具体的な例を示して、利用者に周知している。	○		○	
	不適切な関わりに迅速に対応できるように、利用者からの訴えやサインを見逃さないよう留意している。	○		○	
	不適切な関わりの防止を徹底するため、日常的に会議等で取り上げ、行われていないことを確認している。	○		○	
	不適切な関わりの起こりやすい状況や場面について、研修や話し合いを行い、これによらない援助技術を習得できるようにしている。	○		○	
	不適切な関わりを発見した場合には、記録し、必ず管理職等に報告することが明文化されている。	○		○	
	不適切な関わりがあった場合を想定して、施設長が職員と利用者の双方にその原因や方法・程度等事実確認をし、「就業規則」等の規程に基づいて厳正に処分を行うようしくみがつけられている。	○		○	
過去1年間に不適切な関わりの問題が発生していない。	○	○			
A-13 安全・災害防止					
A-13-① 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。					
評価の着眼点	事故や災害別に発生時における対応マニュアルが整備されている。	○	a	○	b
	職員及び利用者に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。	○		○	
	マニュアルは定期的に点検が行われ、必要に応じて見直しが行われている。	○		○	
	事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。	○		○	
	地域の機関と連携して防災訓練などを行っている。	×		×	
	過去1年間に防災の問題が発生していない。	○		○	

長崎県福祉サービス個別項目(高齢者福祉サービス・特別養護老人ホーム版)【報告書添付資料:着眼点に対する評価一覧】

項目および評価の着眼点		自己評価		第三者評価	
A-13-② 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。					
評価の着眼点	不審者の侵入時における対応マニュアルが整備されている。	×	C	×	C
	警察等との連携のもとでマニュアルについての研修が行われており、職員への周知活動が行われている。	×		×	
	マニュアルは定期的に点検が行われ、必要に応じて見直しが行われている。	×		×	
	外部侵入に対してセキュリティシステムを整備している。	×		×	
	緊急時に対応できるように地域と連携が取れている。	×		×	
	過去1年間に不審者の進入が発生していない。	○		○	