

# 評価報告概要表

## ■第三者評価機関

名 称	社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
評価調査日	令和 4年 12月 7日 (水)

## ■福祉サービス事業者情報

名 称	ケアハウスゆうわ苑	種 別	軽費老人ホーム
代表者氏名	施設長 中村 雅彦	開設年月日	平成12年4月1日
設置者	社会福祉法人 恒和会	定員(利用人数)	50名(50名)
所在地	〒742-1352 柳井市伊保庄字近長浜1番4		
電話番号	0820-27-6001	FAX番号	0820-27-0800
ホームページアドレス	<a href="https://yuwaen.net">https://yuwaen.net</a>		

## ■総 評

### 全体を通して(事業所の優れている点、独自に工夫している点など)

#### ◇特に評価の高い点

○管理者は地域との融和・地域との共存という意識を強く持っておられ、そのリーダーシップのもと事業所の課題を把握し、分析する仕組みを構築され、職員の声を活かしながら、福祉サービスの質の向上を図り、さらに地域の福祉ニーズに応えようとする取り組みを実践されています。

○法人の目指す方向である理念や基本方針、職員の行うべき行動である四訓や四項(使命)を、ホームページ・パンフレット・職員必携手帳などを用いて職員や外部者等に明確かつ分かりやすく説明され、その周知を図られています。特にホームページは充実しており、外部者に対して動画等により分かりやすく説明されています。

○毎月の経営企画会議で経営状況を把握・分析し、それを年2回開催する成果発表会で職員に周知されています。また具体的な取り組み方や目標数値などを「管理職研修シート」にて具体化するなど、課題の明確化からその課題に対する取り組み、経過確認までの一連の仕組みが構築されています。

○今回で5度目の第三者評価は3年に1回定期的に受審されており、受審を自分達の取り組みを省みる機会とされています。また「サービスの質の向上委員会」の設置、「成果発表会」の開催などサービスの質の向上に向けた仕組みが確立しています。

#### ◇改善を求められる点

○中・長期計画は策定されていますが、収支計画が策定されていません。中・長期計画をより実現可能なものにする為にも、財源的な裏付けとなる収支計画の作成が望まれます。

○サービスの標準的な実施方法のマニュアルは整備されていますが、引用物が多く、また作成日や見直し日が記載されていないものが多いため、今後は引用されたものを参考にして、事業所独自のマニュアルを作成されることを期待します。

## ■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

この度の第三者評価受診結果を踏まえ、法人全体として収支計画を含めた中・長期計画の策定、第三者評価後の取組強化、利用者満足度調査の定期実施により組織的に分析・検討していくことに努めることでご利用者様の生活の質の向上を目指していきます。

今後の介護サービスはニーズが多様化していく実情を見据えて、誰もが住み慣れた場所で暮らし続けることができる地域共生社会実現に向けて、様々な事業・活動を展開していきたいと考えています。

# 評価報告概要表

## ■評価分野別評価結果(分野別の特記事項)

I 福祉サービスの基本方針と組織	a	6	b	3	c	0	Na	0
<p>○法人の理念・基本方針・四訓・四項(使命)をホームページや職員が常に携行する職員必携手帳に明記し、法人が向かう方向・職員が行動を明確かつ分かりやすく説明されています。</p> <p>○毎月開催する「経営企画会議」で課題を把握・分析し、それを年2回開催する「成果発表会」で職員に周知されています。また具体的な取り組み方や数値目標を「管理職研修シート」で具体化するなど、経営課題を把握・分析し、その課題に対する具体的な取り組み方までの仕組みが構築されています。</p> <p>○今回で5度目である第三者評価は、3年に1度定期的に受審されており、受審を自分達の取り組みを省みる機会として活用されています。また「サービスの質の向上委員会」の設置、「成果発表会」の開催などサービスの質の向上に向けた取り組みを行う仕組みが確立しています。</p> <p>○中・長期計画は策定されていますが、収支計画が策定されていません。中・長期計画をより実現可能なものにする為にも、財源的な裏付けとなる収支計画の作成が望まれます。</p>								

II 組織の運営管理	a	18	b	0	c	0	Na	0
<p>○管理者は、経営企画会議や成果発表会の開催などを通じて経営の安定を図り、また「サービスの質の向上委員会」の設置などによるサービスの質の向上に関する仕組み作りに努めているなど、卓越したリーダーシップを発揮されています。</p> <p>○法人の使命の1つに人材育成を掲げ、技能実習生の受け入れやシニアスタッフの採用など人材確保に取り組み、また「職員が辞めない職場」を目指してIT・IoTやセンサーベッドの導入など職場環境の整備を進めておられます。</p> <p>○ホームページにおいて、法人の求める人材・方針・人事考課制度・給与体系・先輩職員からのメッセージ・研修計画などを動画で公開されています。また、ホームページの情報量が豊富であり見る者に分かりやすく丁寧な説明となっています。</p>								

III 適切な福祉サービスの実施	a	14	b	4	c	0	Na	0
<p>○職員全員に「職員必携手帳」を配布し、法人の理念を遂行する上での接遇マニュアル・四訓・四項・行動規範などの周知徹底を図っておられます。</p> <p>○電子カルテを採用して事業所内でネットワークを組み、各職員がタブレットで記録を記入・閲覧できます。また「眠りスキャン」を導入し、3階のスタッフルームのパソコンやタブレットで利用者の状況を確認でき、利用者情報の共有を図る為のICT化の促進を図っておられます。</p> <p>○ホームページ、パンフレット等の充実はしていますが、施設内の掲示物による情報提供が行事、食事程度であった為、重要事項説明書等を各フロアに掲示するなど、利用者に対して積極的に情報提供されることを期待します。</p> <p>○サービスの標準的な実施方法のマニュアルは整備されていますが、引用物が多く、また作成日や見直し日が記載されていないものが多いため、今後は引用されたものを参考にして、事業所独自のマニュアルを作成されることを期待します。</p>								

IV 良質な個別サービスの実施	a	14	b	1	c	0	Na	2
<p>○居室はトイレ・キッチンを完備した全室個室であり、馴染みの家具等の持ち込みも可能です。またエレベーターホールの扉に階数を表示するなど、利用者が快適に過ごす為の工夫がされています。</p> <p>○利用者とのコミュニケーション(言語・非言語)が出来なければ良いサービスはできないと全職員が理解され、そのための研修体制が丁寧に整備されています。</p> <p>○職員必携コンプライアンスガイドラインに代表されるように、利用者の人権・権利擁護について、文章、動画、研修等で徹底的な周知・確認を行っています。</p> <p>○タクティールケアやユマニチュードなど認知症ケアに意欲的に取り組み、その経過について「科学的介護に関する評価」にて効果測定も行っています。</p>								

# 第三者評価結果表

施設名 ケアハウスゆうわ苑

## 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>1 理念・基本方針</b>					
<b>(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。</b>					
1	1 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	○			
<p>(特に評価が高い点)                      ○職員・利用者・家族等外部者に、ホームページ・パンフレット・職員必携手帳などを用いて、理念・基本方針・四訓・四項(使命)・行動規範の周知徹底を図り、法人の目指す方向・職員が行うべき行動を明確かつ分かりやすく説明されています。特にホームページは充実しており、またパンフレットは分かりやすく作成されています。</p> <p>(改善が求められる点)                      ○特になし。</p>					
<b>2 経営状況の把握</b>					
<b>(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</b>					
2	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。	○			
3	2 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	○			
<p>(特に評価が高い点)                      ○毎月の経営企画会議で経営状況を把握・分析し、それを年2回開催する成果発表会で職員に周知し、また具体的な取り組み方や目標数値などを「管理職研修シート」にて具体化するなど、課題の明確化からその課題に対する取り組み方まで一連の流れが確立されています。</p> <p>(改善が求められる点)                      ○特になし。</p>					
<b>3 事業計画の策定</b>					
<b>(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</b>					
4	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。		○		
5	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。		○		

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(2) 事業計画が適切に策定されている。					
6	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。	○			
7	2 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		○		
<p>(特に評価が高い点) ○事業計画について、ケアハウスミーティングにて職員が意見を出し、それを管理者がまとめて経営企画会議に提出されており、その策定は組織的に行われ、進捗状況は年2回開催される「成果発表会」で確認されています。</p> <p>(改善が求められる点) ○中・長期計画は策定されているものの、理事会の承認を得ていないので法人として組織的に策定されていると言い難く、また収支計画は策定されていない。中・長期計画に掲げる目標を達成する為にも、財政的な裏付け(収支計画)について策定されることを期待します。</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。					
8	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。	○			
9	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。	○			
<p>(特に評価が高い点) ○今回で5度目の第三者評価は3年に1回定期的に受審されており、受審を自分達の取り組みを省みる機会とされています。また「サービスの質の向上委員会」の設置、「成果発表会」の開催などサービスの質の向上に向けた仕組みが確立しています。</p> <p>(改善が求められる点) ○特になし。</p>					

#### 評価対象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。					
10	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。	○			
11	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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>					
12	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。	○			
13	2 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	○			
<p>(特に評価が高い点) ○管理者は地域の融和・地域との共存という意識を強く持っておられ、そのリーダーシップのもと自らの課題を把握し、分析する仕組みが事業所内に構築されており、地域の福祉ニーズに応えようとする取り組みを実践されています。</p> <p>(改善が求められる点) ○特になし。</p>					

<b>2 福祉人材の確保・育成</b>					
<b>(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。</b>					
14	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。	○			
15	2 総合的な人事管理が行われている。	○			
<b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>					
16	1 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	○			
<b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>					
17	1 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	○			
18	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。	○			
19	3 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(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</b>					
20	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。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <p>○人材育成を法人の「使命」と捉え、技能実習生の受入やシニアスタッフの採用など多様な人材の確保に取り組み、また「職員が辞めない職場」を目指してIT・IOTやセンサーベッドの導入など職場環境の整備を進めておられます。</p> <p>○ホームページ上で法人の理念や求める人材・方針・人事考課評価制度・給与体系・先輩職員からのメッセージ・研修計画や実施状況等を動画にて公開しておられます。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>○特になし。</p>					

<b>3 運営の透明性の確保</b>					
<b>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</b>					
21	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。	○			
22	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。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <p>○コロナ禍という社会情勢において、外部との連携が取りにくい状況にありますが、動画の活用などホームページの内容を充実させ、積極的に情報公開に努めておられます。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>○ホームページ上で詳細な情報開示が為されていますが、令和4年度の事業計画、令和3年度の事業報告等が未掲載となっており、決算理事会、評議員会終了後に速やかに掲載されることを期待します。</p>					

<b>4 地域との交流、地域貢献</b>					
<b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>					
23	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。	○			
24	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>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>					
25	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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>					
26	1 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	○			
27	2 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	○			
<p>(特に評価が高い点) ○地域住民の交流の場として「サポートセンタータリア」やコロナ禍においても「地域交流スペースカフェドミュールプラン」を開設されるなど、法人・施設の機能を開放され、地域交流・地域貢献に積極的に取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点) ○特になし。</p>					

### 評価対象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。

28	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。	○			
29	2 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	○			

##### (2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。

30	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。	○			
31	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。	○			
32	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。	○			

##### (3) 利用者満足の向上に努めている。

33	1 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		○		
----	-----------------------------------	--	---	--	--

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</b>					
34	1 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	○			
35	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。		○		
36	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>(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。</b>					
37	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。	○			
38	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。	○			
39	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。	○			
<p>(特に評価が高い点) ○職員全員に「職員必携コンプライアンス手帳」を配布し、法人の理念を遂行する上での接遇マニュアル・四訓・四項・行動規範などの周知徹底を行っておられます。</p> <p>(改善が求められる点) ○ホームページは充実しているが、施設内の掲示物による情報提供が行事、食事程度であった為、重要事項説明書等を各フロアに掲示するなど、積極的に情報提供されることを期待します。</p>					

<b>2 福祉サービスの質の確保</b>					
<b>(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。</b>					
40	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。	○			
41	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>(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。</b>					
42	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。	○			
43	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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。					
44	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。	○			
45	2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <p>○サービスの標準的な実施方法がマニュアルとして整備されています。また各介護技術においてもチェック表を用いて、高い水準へとステップアップさせていく体制を整えておられます。</p> <p>○電子カルテを導入して事業所内でネットワークを組み、各職員がタブレットで記録を入力・閲覧できます。また「眠りスキャン」を5台導入され、3階のスタッフルームのパソコンやタブレットから情報を確認でき、利用者の情報・記録の共有が図られています。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>○各種マニュアルについては引用物が多く、また作成日や見直し日が記載されていないものが多いため、今後は引用されたものを参考にして、事業所独自のマニュアルを作成されることを望みます。</p>					

IV 良質な個別サービスの実施(高齢者福祉施設) 養護・軽費老人ホーム

【 評価項目 】				a	b	c	Na
<b>A-1 生活支援の基本と権利擁護</b>							
<b>(1) 生活支援の基本</b>							
1	1	利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。		○			
2	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。	○				
<p>(特に評価が高い点) ○利用者とのコミュニケーション(言語・非言語)が出来なければ良いサービスはできないと全職員が理解され、そのための研修体制が丁寧に整備されています。</p> <p>(改善が求められる点) ○アセスメントに基づいたサービス計画が介護サービスの提供に反映されることを望みます。</p>							
<b>(2) 権利擁護</b>							
3	1	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	○				
<p>(特に評価が高い点) ○「虐待防止・対応マニュアル」や「身体拘束廃止に向けての対応マニュアル」を整備し、職員必携手帳やミーティング時での確認により意識統一・周知徹底を図っておられます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>							
<b>A-2 環境の整備</b>							
<b>(1) 利用者の快適性への配慮</b>							
4	1	福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	○				
<p>(特に評価が高い点) ○居室は全室個室であり、トイレ・キッチンを完備しています。馴染みの家具等の持ち込みも可能です。またエレベーターホールの扉に階数を表示するなど利用者が快適に過ごす為の工夫をされています。</p> <p>(改善が求められる点) ○特になし。</p>							

【 評価項目 】		a	b	c	Na
----------	--	---	---	---	----

A-3 生活支援					
(1) 利用者の状況に応じた支援					
5	1 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
6	2 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
7	3 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) ○利用者一人ひとりの身体状況・意向に応じて、入浴・排泄・移動その他の生活場面の支援方法が福祉サービス計画に位置づけられ、支援経過が記録されています。</p> <p>(改善が求められる点) ○特になし。</p>					

(2) 食生活					
8	1 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○			
9	2 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
10	3 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) ○食器は陶器を使用するなど楽しく食べる為の工夫をされています。また朝食や昼食において選択食を行っておられ、居室には簡易キッチン(IH)もあります。 ○口腔ケアについて、歯科衛生士が毎週来所して指導・助言行っており、不定期ながら口腔ケアに関する研修も実施されています。</p> <p>(改善が求められる点) ○特になし。</p>					

(3) 褥瘡発生予防・ケア					
11	1 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) ○「褥瘡予防マニュアル」を整備し、また褥瘡対策委員会を設置して褥瘡の予防・対策に努めておられます。</p> <p>(改善が求められる点) ○職員からの聞き取りにおいて、カンファレンスでは褥瘡発生の可能性の確認などは行っていないと言われていましたが、褥瘡予防としてOHスケール等を用いた褥瘡発生の可能性についても個別に検討されることを期待します。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
----------	--	---	---	---	----

この  
度の  
第

(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養					
12	1 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。				○
<p>(特に評価が高い点)</p> <p>(改善が求められる点)</p>					

(5) 機能訓練、介護予防					
13	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。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <p>○隣接する老人保健施設の理学療法士より機能訓練・介護予防について助言、指導を受けて機能訓練や介護予防活動を進めておられます。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>○特になし。</p>					

(6) 認知症ケア					
14	1 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <p>○タクティールケアやユマニチュードなど認知症ケアに意欲的に取り組まれ、その経過について「科学的介護推進に関する評価」にて効果測定も行われています。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>○特になし。</p>					

(7) 急変時の対応					
15	1	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <p>○緊急時対応マニュアル・感染対応マニュアル・投薬、誤薬防止マニュアル・急変時の連絡先一覧表などが整備されており、利用者の異変には主治医・看護職員を中心に職員が迅速に対応できる体制を整えておられます。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>○特になし。</p>					

(8) 終末期の対応					
16	1 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。				○
<p>(特に評価が高い点)</p> <p>(改善が求められる点)</p>					

【 評価項目 】			a	b	c	Na
A-4 家族等との連携						
(1) 家族等との連携						
17	1	利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	○			
(特に評価が高い点) ○コロナ禍ではありますが、オンライン面会の実施や時間を決めての対面での面会実施など、利用者と家族の関係維持の 為の工夫に努めておられます。						
(改善が求められる点) ○特になし。						