

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7年11月14日 (金)

■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	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	https://yuwaen.net/		

■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、法人の理念である「地域との融和・共存」の意識を強く持ち、そのリーダーシップのもとで事業所の課題把握・分析の仕組みを構築し、福祉サービスの質の向上と地域の福祉ニーズへの的確な対応に取り組まれています。

○毎月の経営企画会議において経営状況を把握・分析し、具体的な取り組み内容や目標数値を設定することで、課題の明確化から改善に向けた取組、進捗確認までを一貫して行う仕組みが整備されています。

○電子カルテ・眠りスキャンを導入しタブレットで入力・閲覧できるなど業務の効率化を図られています。また、タクティールケアを取り入れユマニチュードを活用するなど、利用者の心身の状況や意向を踏まえて尊厳を尊重しその人らしく生活ができるような取り組みがされています。さらに、定期的に第三者評価を受審し、福祉サービスの向上に対して積極的に取り組んでいます。

○「やまぐち健康経営認定企業」及び「やまぐち働きやすい介護職場宣言」を受けており、ホームページでは先輩職員からのメッセージや働きやすい職場作りに取り組んでいることを発信しています。

◇改善を求められる点

○前回の第三者評価でも指摘されていますが、これからの社会情勢や経営環境から今後のビジョンについて検討されているので、この中長期計画の策定とそれを可能にするための収支計画の策定を期待します。

○ケアハウス利用アンケートや外出に関するアンケートは実施されていますが、結果の整理・分析が行われていません。利用者満足の向上につなげるためにも、アンケート結果を事業所内で共有し、改善に活かす取組を進めていかれることを期待します。

○サービスの標準的な実施方法についてはマニュアルが整備されていますが、作成日や見直し日が記載されていないものが多く見受けられます。今後は作成日・改訂日を明記し、内容の更新時期が分かるようにされることを期待します。

評価報告概要表

■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の受審の結果を真摯に受け止めながら法人全体としての収支計画を含めて生産性向上に関わる具体的な目標も盛り込んだ形式で中・長期計画の中に策定に取り組んでまいります。併せて利用者満足度調査を分析・検討しながら現場のケアに反映してサービスの質の向上につなげていきたいと考えております。

人口減少等の様々な社会問題の中で時代に即応した事業運営を行いながら地域に根差した施設としての事業展開を目指してまいります。

■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	7	b	2	c	0	Na	0
<p>○法人の「理念、四訓、使命、行動規範」はホームページや施設内掲示板、職員必携手帳などで周知されており、毎年、理事長が基本方針を策定されています。</p> <p>○現状分析シートを活用し、収益面及び運営面の現状の分析とそれに対する今後の方向性を明確にしており、法人の管理職対象の事業管理会議や全職員対象の全体会議等のなかで周知徹底しています。</p> <p>○事業計画は、職員に意見聴取したものを管理職が取りまとめ、事業管理会議及び理事会に諮って決定しており、策定の過程が組織的に取り組まれています。</p> <p>○定期的な第三者評価を受審され、福祉サービスの質の向上に積極的に取り組まれています。</p> <p>○これからの社会情勢や経営環境を踏まえ、今後のビジョンについて検討されていますが、この中長期計画の策定とそれを可能にするための収支計画の策定を期待します。</p>								

II 組織の運営管理	a	18	b	0	c	0	Na	0
<p>○ゆうわ未来ビジョンを策定し「地域共生社会」の実現に向けた取り組みをされていること、そして組織図及びBCPなどにより管理者は自らの役割と責任を明確にしています。</p> <p>○人事考課制度運用規程により、職能資格等級ごとに目標管理シート及び人事考課表を策定し、公正かつ効率的な人事考課制度を整備されています。特に専門職(一般職)からキャリア(管理職)へキャリアアップするための要件を明確化しています。</p> <p>○「やまぐち健康経営認定企業」及び「やまぐち働きやすい介護職場宣言」を受けており、ホームページでは先輩職員からのメッセージや働きやすい職場作りに取り組んでいることを発信しています。</p> <p>○ホームページに、理念・基本方針・事業計画・事業報告・監査報告・第三者評価結果などが分かりやすくまとめられています。</p> <p>○地域交流スペース(café de Mur Blanc)のオープン、伊保庄海岸清掃活動など、地域活動に積極的に取り組まれています。</p> <p>○4月採用の新入職員に対する教育・研修体制は充実していますが、中途採用者に対する体制は不十分であるので、体制の整備を期待します。</p> <p>○職務分掌表については、役職者や担当者など、それぞれが果たすべき責任や職責を全うするために必要な権限を明確にすることで、業務効率の向上などに繋がりますので、更に明確なものを期待します。</p> <p>○防災訓練について、実際災害が発生した場合を想定して、地域の方々を巻き込んだ合同訓練の開催を期待します。</p>								

評価報告概要表

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	a	14	b	4	c	0	Na	0
<p>○理念・四訓・使命・行動規範を明記した職員必携手帳を配布し、利用者を尊重した福祉サービスの提供に取り組まれています。特に接遇教育に力を入れており、利用者からも高い評価を得ています。</p> <p>○地域との交流や公益的な活動が積極的に展開されており、地域住民との交流会やボランティア受入れ、関係機関との連携、健康講座の開催などを通じて地域福祉の向上に寄与しています。法人理念である地域共存の姿勢が具体的な取組として表れています。</p> <p>○利用者からの相談や意見に迅速にその都度対応していますが個別で組織的ではないので、利用者会などにより組織的なサービス向上を目指す取り組みを期待します。</p> <p>○前回の第三者評価でも指摘にありましたが、マニュアルの中には引用されただけのものがあるので、業務に即した施設独自の内容のマニュアルを策定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>○全室個室で南向きなので日当たりが良く、居室はプライバシーが確保され、自分好みの家具を持ち込めるなど、利用者が快適に生活できる環境を整えられています。さらに、利用者の心身の状況に応じ利用者が施設内のみならず施設外の地域行事にも参加できるように取り組まれています。</p> <p>○利用者の権利擁護及び虐待等の権利侵害の防止等について、基本方針・対応マニュアルを整備し会議や施設内研修及び職員必携手帳に明記される等、周知徹底が図られています。</p> <p>○タクティールケアを取り入れ、ユマニチュードを意識した取り組みが組織的に行われています。</p> <p>○利用者の心身状況に応じて、食事・入浴・排泄・移動の各支援をサービス計画に組み込み、その支援の経過が適切に記録されています。また急変時の対応マニュアル・投薬マニュアルを整備するなど、利用者の健康状態を把握し適切な支援をするための体制が構築されています。</p> <p>○前回の第三者評価で指摘された褥瘡予防に対する取り組みに関しては未検討であること、またSNSを活用した集団体操や予防活動を実施しているものの、現在はリハビリ職員による助言や指導は受けていないことから、これらに対して主体的な取り組みを期待します。</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
1 理念・基本方針					
(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。					
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) ホームページ、パンフレット、職員必携手帳に、理念・基本方針・四訓・使命・行動規範が記載され、職員・利用者・家族等にも周知徹底が図られています。また、職員は毎朝の朝礼時に唱和しており、自らの業務に対する意識づけが行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

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。					
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) 毎月の事業実績管理表の作成と収入状況の把握に加え、分析シートを活用して収益面・運営面の現状と今後の方向性を明確にしています。また、事業管理会議や拠点会議において管理職員が経営課題に対して共通認識を持ち、役員・職員へ適切に情報共有を行う体制が整備されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

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。					
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。		○		
(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) 事業計画は、職員に意見聴取したものを管理職が取りまとめ、事業管理会議及び理事会に諮って決定しており、策定の過程が組織的に取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点) これからの社会情勢や経営環境から今後のビジョンについて検討されていますが、この中長期計画の策定とそれを可能にするための収支計画の策定を期待します。</p>					

【 評 価 項 目 】		a	b	c	Na
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) 計画的に第三者評価の受審が行われ、その結果の分析や改善策等を図る仕組みが組織的に構築されています。</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。	○			
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。					
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、経営・管理の方針を明確に示し職員に伝えるとともに、法令遵守の理解・共有に努めています。第三者評価や現場意見を活用した改善、福祉サービス向上のための研修実施、人事・財務等の分析にもとづく経営改善など、管理者としての責任とリーダーシップが具体的に発揮されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

2 福祉人材の確保・養成					
(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。					
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。	○			
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。					
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。	○			
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。					
17	1 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
18	2	○			
19	3	○			
(4) 実習生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。					
20	1	○			
<p>(特に評価が高い点) 職員確保・育成、人事管理、研修体制の各面で総合的かつ具体的な取組がなされています。積極的な職員募集や技能実習生受入れ、理念や基本方針にもとづく期待像の明確化、目標管理や人事考課による評価制度の運用など、人材確保・定着と能力向上に一貫した体制が整備されています。さらに、就業環境への配慮や研修機会の確保も適切に行われており、職員の成長と働きやすさの両立が実現されています。</p> <p>(改善が求められる点) 4月採用の新入職員に対する教育・研修体制は充実していますが、中途採用者に対する体制は不十分であるので、体制の整備を期待します。</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。					
21	1	○			
22	2	○			
<p>(特に評価が高い点) 運営状況や理念、事業計画、決算状況をホームページや情報誌で公開し、苦情相談体制や第三者評価結果も明示しています。また、経理規程や職務分掌にもとづく明確な権限・責任の設定と、外部公認会計士による毎年の監査実施により、公正かつ透明性の高い運営が確保されています。</p> <p>(改善が求められる点) 職務分掌表については、役職者や担当者など、それぞれが果たすべき責任や職責を全うするために必要な権限を明確にすることで、業務効率の向上などに繋がりますので、更に明確なものを期待します。</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。					
23	1	○			
24	2	○			
(2) 関係機関との連携が確保されている。					
25	1	○			
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。					
26	1	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
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) 地域との共存を法人理念に掲げ、利用者・地域住民双方が参加する交流の場を積極的に設けています。ボランティア受入体制の整備や関係機関との連携、地域ニーズ把握のための会議参加、さらにカフェや健康講座等を通じた福祉知識の地域還元など、地域福祉の向上へ多面的に取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点) 防災訓練について、実際災害が発生した場合を想定して、地域の方々を巻き込んだ合同訓練の開催を期待します。</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。		○		
(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。					
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。		○		
(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。					
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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
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) 理念・四訓・使命・行動規範を明記した職員必携手帳を配布し、利用者を尊重した福祉サービスの提供に取り組まれています。特に接遇教育に力を入れており、利用者からも高い評価を得ています。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者アンケート結果の分析・活用や相談・苦情の周知、対応手順の統一など、利用者の意見を反映してサービス改善につなげる仕組みの運用が十分でない点が見られます。今後は組織的な対応の強化と情報の活用を期待します。</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。					
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。		○		
(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。					
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。	○			
(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) 提供する福祉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、利用者の尊重やプライバシー保護に関する姿勢が明確に示されています。電子カルテ・眠リスクランを導入しタブレットで入力・閲覧できるなど、業務の効率化が図られています。</p> <p>(改善が求められる点) 標準的な実施方法の見直し時期や方法が明確でなく、マニュアルの改定日も記録されていない点について、見直しの実施状況が把握できるよう改善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(高齢者福祉施設) 養護・軽費老人ホーム

【 評価項目 】				a	b	c	Na
A-1 生活支援の基本と権利擁護							
(1) 生活支援の基本							
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) 利用者の心身の状況に応じ、利用者が施設内のみならず施設外の地域行事にも積極的に参加できるよう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>							
(2) 権利擁護							
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) 身体拘束廃止及び虐待防止の基本方針・対応マニュアルを整備し、職員必携手帳にも明記され、施設内研修及びケアハウスミーティングにおいて周知徹底されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>							
A-2 環境の整備							
(1) 利用者の快適性への配慮							
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) 全室個室で南向きなので日当たりが良く、居室はプライバシーが確保され、自分好みの家具を持ち込めるなど、利用者が快適に生活できる環境を整えられています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>							
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。		○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<p>(特に評価が高い点) 利用者の心身状況に応じて、食事・入浴・排泄・移動の各支援をサービス計画に組み込み、その支援の経過が適切に記録されています。</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) 嚥下能力や栄養面に配慮した食事形態や治療食の提供、週2回朝にパンか御飯が選択できるなど、利用者の心身の状況やニーズ対応した食事が提供されています。</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) 褥瘡対策指針・褥瘡対策マニュアルの整備、褥瘡対策委員会の設置や施設内研修実施など組織的に褥瘡の予防・対策に努めています。</p> <p>(改善が求められる点) 前回の第三者評価で指摘された褥瘡予防に対する取り組みに関しては未検討であるので、検討することを期待します。</p>						

(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。		○		

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<p>(特に評価が高い点) 特になし。</p> <p>(改善が求められる点) SNSを活用した集団体操や予防活動を実施しているものの、現在はリハビリ職員による助言や指導は受けていないことから、これらのことに対して主体的な取り組みを期待します。</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) タクティールケアを取り入れ、ユマニチュードを意識した取り組みが組織的に行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>						

(7) 急変時の対応						
15	1	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 利用者の健康状態を把握するための体制、急変時の対応マニュアル・投薬マニュアルなどが整備されています。</p> <p>(改善が求められる点) 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>						

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。	○			
<p>(特に評価が高い点) 利用者の生活状況や健康状況などは適時電話やメールにて報告され、コロナ禍においてはWeb面会を実施するなど、利用者の家族等との連携や支援を適切に実施しています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>						