

# 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	判断の理由
<b>1 理念・基本方針</b>						
<b>(1) 理念、基本方針が確立されている。</b>						
1	1	○				法人の理念が明文化されており法人としての使命・役割を反映されている事が確認できたのでa評価とした。
2	2	○				理念に基づく基本理念が明文化されている事が確認できたのでa評価とした。
<b>(2) 理念や基本方針が周知されている。</b>						
3	1	○				理念及び基本方針が書面化されたものを全職員に配布し、毎日の朝礼時に唱和しているのでa評価とした。
4	2		○			利用者掲示板に貼り出したり、利用者に配布するなどの取り組みは行っているものの広報誌等への工夫された活用があれば更に周知への徹底が図られると判断したのでb評価とした。
<b>2 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>						
5	1		○			ケアハウス5ヶ年計画は作成されているが、課題や問題点の解決に向けた計画には不十分と判断したのでb評価とした。
6	2		-	○		年度事業計画は作成されているが、中・長期計画な展望に基づく事業計画とは言い難いのでc評価とした。
<b>(2) 計画が適切に策定されている。</b>						
7	1		○			事業計画の策定は運営会議等で検討されているがヒアリングにて組織全体として取り組んでいるとは言えないと判断したのでb評価とした。
8	2		○			事業計画は運営会議等で管理職には周知の徹底を図っているがスタッフや利用者への理解を促すにはさらなる工夫が必要と判断したのでb評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>3 管理者の責任とリーダーシップ</b>						
<b>(1) 管理者の責任が明確にされている。</b>						
9	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。	○				自らの役割と責任を職員に対して会議の場を通して表明し、利用者や家族に対しても広報誌へ掲載するなど工夫をしながら取り組んでいる事が確認できたのでa評価とした。
10	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。	○				管理者自ら研修会に積極的に参加し、遵守すべき法令への理解を深める取り組み意欲が感じられたのでa評価とした。
<b>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>						
11	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。	○				管理者として現状と今後の方向性への具体的な取り組みをヒアリングで確認できたのでa評価とした。
12	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。		○			経営企画会議等で取り組まれているが具体的な業務の効率化や改善を行っているとは言いえないと判断したのでb評価とした。

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

<b>1 経営状況の把握と開示</b>						
<b>(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</b>						
13	1 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。		○			動向に合ったニーズ・データの収集は行われているものの具体的な計画などに移行されておらず積極的と言いが難いと判断したのでb評価とした。
14	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。		○			幹部会議で経営分析・課題を協議しているが幹部レベルに留まっており、組織としての取り組みの位置づけまでは至ってないと判断したのでb評価とした。
15	3 外部監査が実施されている。			○		外部監査は実施されていないのでc評価とした。
16	4 運営内容の開示が適切に行われている。	○				運営内容が広報誌にて適切に開示されているのでa評価とした。
<b>2 人材の確保・養成</b>						
<b>(1) 人事管理の体制が整備されている。</b>						
17	1 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。			○		必要な人材に関する具体的なプランが確認できなかったためc評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
18	2 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	○				考課基準を職員に示して目的や意義を説明し、客観的な基準に基づいて実施されている事が確認できたのでa評価とした。
<b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>						
19	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。	○				運営会議で就業状況等の把握を行い、検討・改善する仕組みをヒアリングで確認できたのでa評価とした。
20	2 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	○				退職共済等への加入を確認したのでa評価とした。
<b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>						
21	1 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。			○		研修計画は作成されているものの、具体的に目標が明記されておらず組織が求める職員の質の向上につながると言えないと判断したのでc評価とした。
22	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。			○		研修計画は作成されているものの、個々の職員に対するものではないと判断したのでc評価とした。
23	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。		○			研修の報告書や会議の場を利用して職員間の伝達などの工夫は感じられますが評価・分析をして次の研修計画に反映されているとは言い難いと判断したのでb評価とした。
<b>(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。</b>						
24	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。			○		実習生受け入れに対する基本的な姿勢を明確にしているとは言えないと判断したのでc評価とした。
25	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。			○		実習生受け入れ実績もなく体制整備も整ってないと判断したのでc評価とした。
<b>3 安全管理</b>						
<b>(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。</b>						
26	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。	○				緊急時に対応する為の各種マニュアルは整備され、職員のヒアリングからも管理体制の整備はできていると判断したのでa評価とした。
27	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。		○			事故報告書はあるが事故を防ぐ具体的な対策やリスクに対しての分析が十分に行われているとは言えないと判断したのでb評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>4 地域との交流と連携</b>						
<b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>						
28	1	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	○			地域の人を交えての納涼祭やげんき祭りなど様々な行事を企画し利用者地域との交流を積極的に行っているためa評価とした。
29	2	事業所が有する機能を地域に還元している。	○			認知症家族介護教室の開催や市からの委託事業である認知症サポート養成講座を開くなど施設機能を十分に還元している事が確認できたためa評価とした。
30	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。		○		ボランティアの受け入れは行っているが、受け入れに対する基本姿勢を明確にしているとは言い難いと判断したためc評価とした。
<b>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>						
31	1	必要な社会資源を明確にしている。	○			関係機関についての機能、役割、連携内容などの一覧化がなされており、ヒアリングにて職員への周知も確認できたためa評価とした。
32	2	関係機関等との連携が適切に行われている。		○		法人内には地域連携室を設置して関係機関との連携はなされているが、ゆうわ苑としての取り組みとしては不十分と判断したためb評価とした。
<b>(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。</b>						
33	1	地域の福祉ニーズを把握している。		○		民生委員宅へ訪問し、協議をする場を設けるのなど努力は確認できるも、地域の具体的なニーズを把握する取り組みとしては弱いと言わざるを得ないと判断したためb評価とした。
34	2	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。		○		市からの委託事業である認知症サポーター養成講座を開催し高齢者が住み慣れた地域で暮らし続ける街づくりの一旦を担うことは目指しているが、独自性の点で弱く積極的でないと判断したためb評価とした。

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

<b>1 利用者本位の福祉サービス</b>						
<b>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>						
35	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。	○			身体拘束や虐待防止について積極的に研修を開催し、職員に周知徹底を図っている事が確認できたためa評価とした。
36	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。	○			プライバシー保護に関するマニュアルも整備され、パンフレットの利用等で周知を行っている事が確認できたためa評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>(2) 利用者満足の上昇に努めている。</b>						
37	1 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	○				利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示され、利用者へのヒアリングからも積極的に意見を把握する仕組みが整備されていると判断したのでa評価とした。
38	2 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	○				アンケート調査を実施し、利用者や家族の意向を把握する努力が見受けられ、調査結果を分析・検討するなど積極的に取り組んでいると判断したのでa評価とした。
<b>(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</b>						
39	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。	○				利用者意見箱の設置の他、利用者へのヒアリングからも職員への相談しやすい印象が感じられたのでa評価とした。
40	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。	○				第三者委員会が設置され、苦情解決の仕組みは確立されているのでa評価とした。
41	3 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	○				会議等において協議、検討、対応されている事が書面で確認できたのでa評価とした。
<b>2 サービスの質の確保</b>						
<b>(1) 質の上昇に向けた取り組みが組織的に行われている。</b>						
42	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。	○				県の評価基準に基づき、年1回の自己評価を行い、第三者評価事業を再受審するなど体制整備は確立しているためa評価とした。
43	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。	○				定期的な自己評価を行い、職員間で取り組むべき課題を明確にしていることが確認できたのでa評価とした。
44	3 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。		○			自己評価を行い、職員間で取り組むべき課題を話し合っているものの改善策などの実施となると不十分と判断したのでb評価とした。
<b>(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。</b>						
45	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。	○				個々のサービスについてマニュアル整備はなされ、ヒアリングからも適切に提供されていると判断したのでa評価とした。
46	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。	○				標準的マニュアルの見直しが定期的に行われている事がヒアリングで確認できたのでa評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</b>						
47	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。	○			利用者個々のファイルが整備され、サービス実施計画に基づく記録が適切に記録されている事が確認できたのでa評価とした。
48	2	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○			管理規定が整備され、かつ利用者個々のファイルが適切に管理されている事が確認できたのでa評価とした。
49	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。	○			定期的カンファレンスを行っている。また、必要な情報は職員間で共有できるように申し送りノートを活用するなど取り組みがなされているのでa評価とした。
<b>3 サービスの開始・継続</b>						
<b>(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</b>						
50	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。	○			ホームページでの紹介を始め見学の受け入れも随時行うなど情報の提供は適切に行われていると判断したのでa評価とした。
51	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。	○			サービス開始するにあたり重要事項説明書や契約書を用いて十分な説明をし、同意を得ている事が確認できたのでa評価とした。
<b>(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。</b>						
52	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。		○		入院によるサービス終了のケースが多く、その場合はサマリーで情報は提供しているがサービスの継続性としては不十分と判断したのでb評価とした。
<b>4 サービス実施計画の策定</b>						
<b>(1) 利用者のアセスメントが行われている。</b>						
53	1	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	○			統一様式により適切なアセスメントが行われている事が確認できたのでa評価とした。
54	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。	○			3ヶ月毎のケアプラン作成において個別サービスは明示されており、ヒアリングでも確認できたのでa評価とした。
<b>(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。</b>						
55	1	サービス実施計画を適切に策定している。	○			実施計画は関係職員の合議のうえで策定されており、ヒアリングにおいて周知されている事も確認でき適切に機能していると判断したのでa評価とした。
56	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。	○			3ヶ月毎に行われるモニタリングの実施からも評価・見直しは適切に行われており、ヒアリングでも確認できたのでa評価とした。