

# 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	○				理念とそれに伴う四訓が明文化され、事業所内掲示をはじめパンフレット、職員必携手帳など様々なものに掲載されていることが確認されたのでa評価とした。
2	2	○				理念に基づく基本方針が明文化されて、職員必携手帳などに掲載されていることが確認されたので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	○				理念などが記載された職員必携コンプライアンスが全職員に配布され、毎朝朝礼にて理念・四訓が唱和されていることが確認されたのでa評価とした。
4	2	○				理念や基本方針が施設内の掲示や、パンフレットをはじめとする説明資料にも明記され、職員の名刺や広報誌などにも活用されていることが確認されたのでa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	○				職員参画のもと5カ年の中・長期計画が策定されていることが確認されたのでa評価とした。
6	2	○	-			中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されていることが確認されたのでa評価とした。
<b>(2) 計画が適切に策定されている。</b>						
7	1	○				現場の意見を吸い上げ幹部会議、経営企画会議を通じて組織的かつ計画的に策定されていることが確認されたのでa評価とした。
8	2	○				事業計画が職員に配布され、利用者や家族等に対して事業所内にも備え付けられていることが確認されたのでa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	○				広報誌(1月号)に自らの言葉で説明するとともに、組織図や各会議において自らの役割と責任を明確にしていることが確認されたのでa評価とした。
10	2	○				管理者は各種研修会などに積極的に参加するとともに、幹部会議等を活用し遵守すべき法令等を正しく理解するための取組が行っている。
<b>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>						
11	1	○				管理者の強いリーダーシップのもと、業務報告などの書面を活用し幹部会議をはじめとする会議において、質の向上に指導力が発揮されていることが確認されたのでa評価とした。
12	2	○				毎月の状況を経営企画会議で分析・報告するとともに、業務の効率化などに指導力を発揮していることが確認されたのでa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	○				市の介護保険事業計画などに参画し、地域の状況を把握するとともに、山口県老人福祉施設協議会へも積極的に関与し事業経営をとりまく環境が的確に把握されていると確認されたのでa評価とした。
14	2	○				毎月経営実績を作成し、幹部会議での分析等をはじめ、職員へも周知されていることが確認されたのでa評価とした。
15	3	○				平成24年に公認会計士による外部監査が実施されていることが確認されたのでa評価とした。
16	4	○				運営内容が施設内に常備され、広報誌や県長寿社会課のホームページに掲載し、今後法人のホームページに載せる予定など適切な開示がされていることが確認されたので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	○				年2回の職員面談により、各職員の希望や動向(結婚・産休・離職等)を確認し、定期開催の幹部会議等で具体的な予定を立てていることが確認されたのでa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。	○				人事考課表に基づき、年2回の決まった時期に決められた流れで人事考課が行われ評価についても複数で行い、フィードバック表にて評価対象者にも公開されていることが確認されたので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。	○				年2回の職員面談をはじめ、必要に応じ職員の面談を行い、職員の意向を把握し、幹部会議等をつづじて改善する仕組みが構築されていることが確認されたので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。	○				職員の会が結成され、定期的な会(歓迎会・忘年会等)を催すとともに、退職共済にも加入していることなどが確認されたので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。	○				職員育成の充実を明示し(恒和会行動規範7)、各委員会などを通じて計画的に研修が実施されていることが確認でき、また教育についてもプリセプター方式を導入し、離職率の低下につなげているのでa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組が行われている。		○			組織としての研修計画が策定されており、新人職員へのプリセプター制度が導入されるなど具体的な研修が実施されているものの、個別の職員に対する計画までは策定されていないためb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。		○			研修レポートの提出が行われ、必要に応じフィードバックする体制が整備されているものの、研修成果の評価や見直しまでにはいたっていないため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。	○				実習マニュアルが整備され受け入れ態勢が整備されていることが確認されたのでa評価とした。
25	2 実習生の育成について積極的な取組を行っている。		○			実習マニュアルに沿って学校と連携し受け入れを行っているものの、介護保険施設ではない為、実習希望が少なく受け入れ実績に乏しいためb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組が行われている。</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。	○				緊急時に対応するための各種マニュアルが整備され、担当者が決められ、研修の開催や各機関との連携体制も確認されたので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。	○				利用者の安全に関する事例を組織として収集し、職員参画のもとスタッフミーティングや研修会を通じて迅速かつ計画的に対応していることが確認されたのでa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	○				日常的に地域のボランティアを受け入れるとともに、納涼祭、げんき祭りなどの施設行事や地域の祭りへ施設としての参加を行うなど、地域と積極的な関わりを持っていることが確認されたのでa評価とした。
29	2	○				認知症家族介護者教室の開催や、地域行事への施設・施設職員の参画など事業所が有する機能を積極的に地域に還元していることが確認されたのでa評価とした。
30	3	○				施設として地域との融和を掲げており、受け入れマニュアルが整備されるとともに、対応窓口が決められるなど体制が整備されていることが確認されたのでa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	○				必要な社会資源がリスト化され利用者によりとなるよう職員間においても共有されていることが確認されたのでa評価とした。
32	2	○				地域の連絡協議会に参画し、生活相談員を主として病院等の会議や研修会などに参加するなど関係機関との連携が適切に行われていることが確認されたのでa評価とした。
<b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>						
33	1	○				日常的な地域や介護事業関係者との連携はもちろん、年に一度民生委員や自治会、ボランティアや消防など70名を超える関係者を集める会を催すなど、地域の福祉ニーズを把握する取組を積極的に行っていることが確認されたのでa評価とした。
34	2	○				把握した福祉ニーズに基づき、地域での配食サービスを実施するなど具体的な取組が確認されたためa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の基本姿勢が明示され、身体拘束や虐待防止について研修会を開催し、伝達を行うなど組織として共通理解を持つための取組を行っていることが確認されたためa評価とした。
36	2	○				プライバシー保護マニュアルが整備され、各居室が個室化されており設備面でも配慮されていることが確認されたのでa評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>(2) 利用者満足の向上に努めている。</b>						
37	1	○				施設の基本方針に「満足」を掲げ、満足度調査をはじめ日常的に利用者の面談や聞き取りを行い、サービスの向上委員会などで検討されることが確認されたためa評価とした。
38	2	○				サービスの向上委員会が組織され、その向上に向けた取組を組織的に行うとともに、買い物ツアーをはじめ一人ひとりの希望に対応した取組が確認されたため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	○				利用者意見箱が設置され、日常的に接する職員以外にも相談窓口が組織的に決められ、傾聴ボランティアの受入れなど複数の相談方法が整備されていることが確認されたためa評価とした。
40	2	○				苦情マニュアルや苦情解決の体制が整備されており、具体的な苦情への検討・対応についても利用者家族へのフィードバックが行われていることが確認されたのでa評価とした。
41	3	○				苦情マニュアルに基づき、報告書等が整備されているとともに、スタッフミーティングや管理者との調整などを行っており、迅速な対応が確認されたのでa評価とした。
<b>2 サービスの質の確保</b>						
<b>(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。</b>						
42	1	○				評価に対する担当者、部門が設置され、年1回の自己評価をはじめ、第三者評価も3回目となるよう定期的に評価をする体制が整備されていることが確認されたのでa評価とした。
43	2	○				実施した評価の分析に基づき改善計画が策定されていることが確認されたのでa評価とした。
44	3		○			評価の分析に基づく改善計画は策定されているが、その改善計画に対する評価や計画の見直しまではいたっていないため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	○				食事、排泄、入浴など個々のサービスにおいて各種マニュアルが策定されており、それに基づき個別のサービスが提供されていることが確認されたのでa評価とした。
46	2	○				標準的な実施方法を記載したマニュアルは、各種委員会において見直し検討されていることが確認されたので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	○				日常生活記録やバイタル、1日の場面ごとの記録が適切に記録されていることが確認されたのでa評価とした。
48	2	○				職員行動規範の中に守秘義務等の文言が明記され、朝礼で唱和し、個人情報保護及び情報開示管理規程が整備されるなど適切な管理が行われていることが確認されたのでa評価とした。
49	3	○				日々のスタッフミーティングや申し送りノートによる情報共有はもちろん、利用者カルテの活用やケアカンファレンスの開催などにより職員間の共有化が図られていることが確認されたので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	○				ホームページやパンフレットをはじめ、施設見学会や一日利用の受入れなど、利用希望者に対してわかりやすい情報を提供していることが確認されたのでa評価とした。
51	2	○				サービス開始にあたり、重要事項説明書等はもちろん、説明から契約、利用までの流れをわかりやすく作成した資料を用いて説明を行っていることが確認されたので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	○				担当窓口が決まっており、入院時や転所時にサービスの継続性を配慮したサマリーなどで情報提供を行っていることが確認されたのでa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	○				統一したアセスメント様式に基づいて身体状況や生活状況等を把握し、計画的にアセスメントを行っていることが確認されたのでa評価とした。
54	2	○				利用者全てにおいてアセスメントに基づき、利用者の状況に応じサービス場面ごとの具体的な課題や目標が立てられていることが確認されたので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	○				利用者・家族の意向を踏まえて、サービスの実施状況の把握をもとに、計画作成担当者を中心に利用者一人ひとりのサービス計画が策定されていることが確認されたのでa評価とした。
56	2	○				更新時や変更時に、モニタリングを行い、サービス実施計画の評価・見直しが行われていることが確認されたのでa評価とした。