

# 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	令和元年11月14日 (木)

## ■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1-4		
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

○管理者は指導力を発揮し職員の声を反映しながら、福祉サービスの質の向上をすすめておられます。運営の透明性についても公認会計士により定期的な監査を受け、外部監査も行うなど適正な経営・運営に取り組まれています。また、自己評価の実施や3年に一度第三者評価を継続して受審されるなど、福祉サービスの質の向上に強い意欲が感じられます。

○福祉人材の確保や育成については、施設独自の職員募集パンフレットの作成やお仕事見学会を開催し、人事考課や目標管理、資格取得助成制度や職員面談などが実施されています。新任職員は新任研修のほか、一定期間先輩職員が新任職員を一对一で指導するプリセプター制により計画的に研修を行い、育児休業制度の利用促進や短時間勤務、施設内託児所の運営など働きやすい環境づくりに取り組まれています。

○地域に密着し開かれた施設を目指して、認知症サポーター養成講座や認知症カフェ、ひとり歩き検索模擬訓練が開催され、防災訓練も地域や関係機関と協力し実施されています。また、民生児童委員との定期的な会議のほか、年末には地域・ボランティア関係者との情報交換会が実施され、地域ニーズに基づいた地域の方々の健康トレーニングや会合の場としてサポートセンターダリアを開設するなど、施設機能を地域へ還元されていることは特筆されます。

○福祉サービスについては、入浴や排せつ、食事や移乗など生活場面ごとに利用者一人ひとりの心身の状況に応じたサービスが行われています。全室個室の居室は、利用者の生活歴・嗜好に応じその人らしくアレンジされ、入浴は身体状況に応じ入浴方法や回数を選択できます。食事も選択食や好きな飲み物が選択でき、レク活動も本人の希望により好きな活動に参加できるなど、自由度がとても高く一人ひとりの気持ちを大切に支援が行われています。

#### ◇改善を求められる点

○理念をもとに中長期計画、事業計画が策定されていますが、施設単独の計画であり、法人全体として財源面の裏付けのある収支計画を含めた中長期計画の策定が望まれます。

○自己評価や第三者評価結果をもとにした組織的な改善計画の立案など、評価後の取組を強化することが望まれます。

○利用者の満足度調査を実施され、組織的に分析・検討されることが、施設としての独自の取組につながることを期待します。

○各種マニュアルにおいて、必要に応じた見直しを行うだけでなく、定期的な協議・見直しをすすめられることが望まれます。

## ■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審結果を踏まえ、法人全体として収支計画を含めた事業計画の策定、第三者評価後の取組強化、利用者満足度調査を実施し組織的に分析・検討していくことに努めることで利用者様一人ひとりのニーズに沿った質の高いケアを目指していきます。

また社会福祉法人恒和会は設立20周年を迎え「おたがいさまの心でつながる社会をつくろう」をコンセプトに、誰もが住み慣れた場所で暮らし続けることができる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	7	b	2	c	0	Na
<p>○法人の理念とそれに伴う四訓、使命、行動規範が明記され、ホームページやパンフレット、施設内掲示等の方法により、利用者家族、関係者や職員等に積極的に示されており、その理念等をもとに中長期計画、単年度計画が職員参画のもと組織的に作成されています。</p> <p>ただ、中長期計画は施設単独計画となっているので、法人としての中長期計画を財政的裏付けとなる収支計画と合わせて作成されることが望まれます。</p> <p>○福祉サービスの質の向上に意欲的に取り組まれ、自己評価や第三者評価を定期的に受審されていますが、評価結果にもとづく改善策や改善計画の立案など、評価後の取組が今後の課題と考えられます。</p>							

II 組織の運営管理	a	18	b	0	c	0	Na
<p>○管理者は利用者・家族、職員や対外的にも自らの役割や責任を表明し、福祉サービスの質の向上に意欲的に取り組むとともに、透明性の高い経営・運営のため、外部監査や定期的な監査を行うなどリーダーシップを発揮されています。</p> <p>○福祉人材の確保のため、求人パンフレットの作成やお仕事見学会の開催、シニアスタッフや外国人労働者の受入れなどを行っておられます。また、職員の就業状況や意向を把握し、人事考課の実施や、目標管理制度の実施、資格取得支援などのキャリアアップ支援のほか施設内託児所の運営など、働きやすい環境づくりに取り組まれています。</p> <p>○地域行事や施設行事などでは利用者と地域との交流が行われ、年末には情報交換会が開かれ、地域ボランティアのニーズに基づき、地域の方々の健康トレーニングや会合の場としてサポートセンターダリアを開設するなど地域のニーズに対応し、施設機能を開放されていることは特筆されます。</p>							

III 適切な福祉サービスの実施	a	16	b	2	c	0	Na
<p>○利用者の意見や要望を受け止めやすい環境づくりに取り組まれ、適切なアセスメントによる福祉サービス実施計画の策定や、利用者を尊重した自己決定の支援など、利用者満足度の向上につながる取組が行われています。また、リスクマネジメント体制や感染症の予防など委員会の主導によるマニュアルの作成、研修会等により共通理解を図られています。災害時における利用者の安全確保については、各種災害を想定されたマニュアルや規定を整備され、行政や消防、警察や地域関係者と訓練を実施するなど安全・安心への取組が行われています。</p>							

IV 良質な個別サービスの実施	a	15	b	0	c	0	Na	2
<p>○利用者一人ひとりの状況に応じたサービス計画は、食事や入浴、排せつなどの生活場面の支援計画となっています。支援方法はマニュアルとして整備され、各種委員会で検討されるとともに職員研修などを通じて周知が図られています。</p> <p>○全室個室で明るい居室は、利用者の生活歴や嗜好の反映されたその人らしい部屋となっており、馴染みの家具や好みの入浴道具、好みの食事など利用者の心身の状況に応じ、関係職種で連携し自由度の高いサービスが提供されています。</p>								

# 第三者評価結果表

施設名 軽費老人ホーム 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)                      理念や基本方針となる四訓、使命がホームページやパンフレット、施設内に掲示されています。また、職員必携ですべての職員に配布されるとともに、朝礼時に唱和するなど施設内外に周知が図られています。</p> <p>(改善が求められる点)                      特にありません。</p>					
<b>2 経営状況の把握</b>					
<b>(1) 経営環境の変化等に対応している。</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、具体的な取組を進めている。	○			
<p>(特に評価が高い点)                      事業の動向や地域情報を把握・分析し、毎月の経営企画会議で検討した事項をもとに役員や職員全体に周知する取組が機能しています。</p> <p>(改善が求められる点)                      特にありません。</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。	○			
<b>(2) 事業計画が適切に策定されている。</b>					
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)                      事業計画の策定や見直しが組織的に行われており、利用者や家族、職員に周知する取組が機能しています。</p> <p>(改善が求められる点)                      中長期計画は数値的な目標が立てられていますが、目標を実現するため財政面での収支計画を策定されることが期待されます。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組</b>					
<b>(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。</b>					
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)            第三者評価を3年に一度受審され、定期的にサービスの質の向上委員会が開催されています。また、毎月開催される施設ミーティングや法人として半期に一度開催される成果発表会など、課題を周知検討する場が設けられています。</p> <p>(改善が求められる点)            外部評価結果にもとづく改善計画を立案し、評価後の取組を強化されることが期待されます。</p>					

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

<b>1 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>					
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。	○			
<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行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)            管理者のリーダーシップのもと、サービスや法令、財政等を踏まえた課題の分析や改善への取組が行われ、役職員をはじめ、内外への周知に取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点)            特にありません。</p>					

<b>2 福祉人材の確保・養成</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組んでいる。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<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。	○			
<b>(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。</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) 法人独自の求人パンフレットの作成やお仕事見学説明会が実施され、求職者に分かりやすい採用活動が行われています。 職員に対しても人事考課を通じた目標管理や相互のコミュニケーションが行われ、新任職員の育成や施設内託児所の開設など働きやすい環境整備づくりに取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</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) ホームページによる情報公開はもちろん、地域関係者には年末に活動報告されています。また、外部監査や公認会計士による定期監査を受け、経営改善に取り組んでおられます。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	○			
27	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。	○			
<p>(特に評価が高い点) 法人・施設の機能を開放し、地域行事や施設行事を通じて地域との交流の場を設けるとともに、認知症カフェやサポーター養成講座の開催、ひとり歩き検索模擬訓練の実施、健康トレーニングや交流の場としてサポートセンターダリアを開設するなど、地域・関係団体との強い連携の中、施設の強みを生かして地域のニーズに積極的に対応されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					

### 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>					
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>(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。</b>					
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。	○			
<b>(3) 利用者満足の向上に努めている。</b>					
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。		○		
<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。		○		

【 評 価 項 目 】		a	b	c	Na
<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)            日常的な職員とのやり取りや傾聴ボランティア、家族との連絡や家族会の実施など意見を述べやすい環境が整備されており、利用者を大切にしている姿勢が感じられます。利用者からも「職員は話がしやすい」との声が聞かれました。</p> <p>(改善が求められる点)            利用者満足度調査を実施され、組織的に分析・検討されることが望まれます。</p>					

<b>2 福祉サービスの質の確保</b>		a	b	c	Na
<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。	○			
<b>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</b>					
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)            各種マニュアルにより支援方法が標準化されています。また、利用者一人ひとりのアセスメントに基づき、身体状況に応じた個別の福祉サービス実施計画が各職種の連携のもとで適切に策定され、実施されています。</p> <p>(改善が求められる点)            各種マニュアルについて、必要に応じた見直しを行うだけでなく、定期的な協議・見直しのルール化を図ることが望まれます。</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)                      利用者の生活習慣や嗜好を把握し、地域行事や豊富な施設活動メニューへも参加の声掛けをしながら、一人ひとりの思いを大切にされた支援が行われています。</p> <p>(改善が求められる点)                      特にありません。</p>								
(2) 権利擁護								
3	1	利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	○					
<p>(特に評価が高い点)                      虐待防止や身体拘束に関するマニュアルが整備され、施設ミーティングで身体拘束禁止について意識統一が図られるなど組織的に対応されています。</p> <p>(改善が求められる点)                      特にありません。</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)                      全室個室であり、家具等の私物の持ち込みができます。また、利用者の意向やこれまでの生活を尊重しつつ支援されています。</p> <p>(改善が求められる点)                      特にありません。</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。	○					
<p>(特に評価が高い点)                      利用者一人ひとりの状況や意向に応じ、生活場面の支援方法が支援計画に位置付けられ、支援経過が適正に記録されています。</p> <p>(改善が求められる点)                      特にありません。</p>								



【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(2) 食生活</b>					
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) 定期的に食事の嗜好調査が行われ、昼食は月に1週間選択食が提供され、飲み物も選択できるなど利用者一人ひとりの状況や意向に応じておいしく食べられる工夫がされています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					
<b>(3) 褥瘡発生予防・ケア</b>					
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) 褥瘡防止委員会が開催され、褥瘡予防マニュアルに基づき発生予防・ケアが行われており、職員研修も実施されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					
<b>(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養</b>					
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。			○
※非該当項目					
<b>(5) 機能訓練、介護予防</b>					
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) 法人の理学療法士が作成する、利用者一人ひとりの心身の状況に応じた生活機能個別訓練計画書にもとづき、介護職・看護職が連携しながら取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					
<b>(6) 認知症ケア</b>					
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) 利用者一人ひとりの認知症の状況等に応じた個別サービス計画が作成され、施設としてタクティールケアを推進し、ユマニチュードを意識した取組が行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(7) 急変時の対応</b>					
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) 看護職員や介護職員により日々の健康管理及び記録が行われ、利用者の体調変化が見られた時の連絡体制も夜間を含め整備されています。また、服薬管理・確認は毎回看護職員及び介護職員のダブルチェックが行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					

<b>(8) 終末期の対応</b>					
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。				○
※非該当項目					

<b>A-4 家族等との連携</b>					
<b>(1) 家族等との連携</b>					
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) 家族との連携は、日常的にまたは施設行事などで行っておられ、11月には法人で家族会が開催されるなど機会あるごとに報告・連絡が行われています。また、預り金では金銭管理規程に基づき毎月出納表を家族に渡し、確認されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					