

## 熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準（概要版）

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) ピオニーガーデン	種別： ケアハウス
代表者氏名： (管理者) 積 道 英	開設年月日： 平成 8年 6月 20日
設置主体： 社会福祉法人 健成会 経営主体： 社会福祉法人 健成会	定員： 50名 (利用人数) 50名
所在地：〒861-4172 熊本市南区御幸笛田6丁目8番2号	
連絡先電話番号： 096-370-3737	F A X 番号： 096-370-3600
ホームページアドレス	<a href="http://www.miyukinosato.or.jp">http://www.miyukinosato.or.jp</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
ケアハウス入居者に対する生活支援全般	季節行事(初詣・どんどや、春の植木市見学、ご長寿を祝う会、コスモス見学、秋の日帰りドライブ等)、地域交流(みゆきの里夏祭り、地域ボランティア交流会、ワークキャンプ受入れ)、健康体操や歩こう会等の施設独自のクラブ活動、外部講師による大正琴教室・みゆき俳句会・オカリナ教室、ボランティア活動など
居室概要	居室以外の施設設備の概要
入所定員 50名 個室 34部屋 二人部屋 8部屋	展望浴室・図書室兼談話室・食堂兼フロア事務室・ロッカー室

### 2 施設・事業所の特徴的な取組

<p>同一敷地内に医療機関をはじめ、介護老人福祉施設、老人福祉センター等を整備した健康長寿のまち「みゆきの里」の一つの施設としてケアハウスが運営されています。保健・医療・福祉が連携しながら利用者の健康管理・生活支援が行われます。特に、「食」については安全・安心はもとより、楽しく美味しい食事の提供に工夫がなされています。更に、季節に応じた行事の開催や、健康寿命の延伸を目指して脳トレ・簡単体操・認知症予防教室・ホーム喫茶等のセルフケアの推進が図られています。</p>
---

### 3 評価結果総評

<p>◆特に評価の高い点</p> <p>◎理念や基本方針に基づいた組織的な運営・経営がなされています。</p> <p>法人全体としての理念から、基本方針はミッション、ビジョン、バリューを含めて明文化されています。施設内の掲示や全職員に配布される職員手帳にもその旨が記載され、ミーティングや月例会等での復唱などにより周知が図られています。</p> <p>また、経営状態については毎月運営会議が開催され、細やかなデータ等が見やすく整理</p>
---

されると共に、問題が発生した場合もタイムリーに処理される組織づくりが出来ています。

◎地域との交流が積極的に行われると共に、緊急時には地域支援を図る体制作りが出来ています

法人全体を通して「夏祭り」の開催や「健康と食の祭り」などの開催で、利用者と地域の方々との交流が積極的に行われています。平成28年に発生した熊本地震では、被災しながらも福祉避難所としての受入れを当日から開始し、社会資源として地域への貢献活動が行われています。また、施設がある6町内会に利用者全員が加入しており、資源ごみの回収の協力や「認知症による徘徊声掛け訓練」にも参加するなど、地域住民として参加できる体制作りが出来ていることも大きな特徴です。

◎利用者満足の向上に向けたレクリエーションの取り組みが出来ています。

少ない職員ながら、利用者の要望に応えるドライブや外出行事はとても素晴らしい取り組みとして評価できます。利用者から職員に対して要望や意見を伝える機会が日常にあり、利用者と職員の関係は良好と感じます。利用者のアンケートも満足度が高い傾向となっていますので、今後も継続していただけることを期待いたします。

#### ◆改善を求められる点

◎職員や利用者(家族)に対して事業計画等の理解を深める工夫が求められます。

事業計画の策定については、法人全体で社会背景や収支状況をふまえながら実施されていますが、職員自己評価の結果によると、職員や利用者及び家族に周知・理解を深める取り組みについてはもう少し取り組みが必要であるとの意見が見られました。わかりやすい資料の準備やその時期、方法等について更なる取り組みが求められます。

◎職員の就業状況や意向を把握し、全職員に研修の機会が増えることが期待されます。

職員自己評価では、年に一度の職員に意向調査や随時相談は受付けることになっていますが、気軽に相談が出来る窓口を設置することで、常勤職員・派遣職員、様々な職種から分け隔てなく情報を収集したり、研修等についての相談する機会が増えることが望まれています。

◎時代の流れに沿った記録等の整備への工夫が望まれます。

施設の特性上、評価項目に合わない箇所が数か所(サービス変更やサービス提供内容等)ありましたが、今後の利用者層(要介護者の受け入れ)や社会情勢の変化に対応するため体制作りや記録の保管や破棄等の整備について、今まで以上に目を向けて取り組んでいただけるよう期待いたします。

#### 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント(400字以内)

(H29.11.29)

今回の第三者評価に対しまして、的確かつ有益な評価および指摘を行っていただき、感謝申し上げます。要改善事項とされた、職員や利用者(家族)に対し、事業計画等の理解を深める工夫や努力の、更なる必要性については、我々施設の経営職階が気づきにくいことをご指摘いただいたと感想を持っております。

また職員の就業状況や意向把握機会の増加改善につきましてもご指摘の通り、やや日常業務に埋没した結果、目が行き届きにくい項目となっていたことは改善を求められる点と理解しております。

更に施設長不在時、特に有事に際しての判断や対応を決定する権限委任の記載がないことや、記録等の整備への工夫が不十分なことに対するご指摘につきましては、早速に記録体制を施設内で検討いたします。

## 熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

## 【共通版】

## ◎ 評価機関

名 称	一般社団法人熊本県社会福祉士会 福祉サービス第三者評価事業
所 在 地	熊本市東区健軍本町1-22 東部ハイツ105
評価実施期間	平成29年9月11日～平成29年12月18日
評価調査者番号	① 第08 - 016
	② 第09 - 014
	③ 第09 - 001

## 1 福祉サービス事業者情報

## (1) 事業者概要

事業所名称: (施設名) ピオニーガーデン	種別: ケアハウス
代表者氏名: (管理者) 積 道 英	開設年月日: 平成 8年 6月 20日
設置主体: 社会福祉法人 健成会 経営主体: 社会福祉法人 健成会	定員: 50 名 (利用人数) 50 名
所在地: 〒861-4172 熊本市南区御幸笛田6丁目8番2号	
連絡先電話番号: 096-370-3737	F A X 番号: 096-370-3600
ホームページアドレス	<a href="http://www.miyukinosato.or.jp">http://www.miyukinosato.or.jp</a>

## (2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事				
ケアハウス入居者に対する生活支援全般	季節行事(初詣・どんどや、春の植木市見学、ご長寿を祝う会、コスモス見学、秋の日帰りドライブ等)、地域交流(みゆきの里夏祭り、地域ボランティア交流会、ワークキャンプ受入れ)、健康体操や歩こう会等の施設独自のクラブ活動、外部講師による大正琴教室・みゆき俳句会・オカリナ教室、ボランティア活動など				
居室概要	居室以外の施設設備の概要				
入所定員 50名 個室 34部屋 二人部屋 8部屋	展望浴室・図書室兼談話室・食堂兼フロア事務室・ロッカー室				
職員の配置					
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長	1		社会福祉士	0	
生活相談員	1		介護福祉士	2	
介護職員	2		社会福祉主事	1	

事務員	1	2	認定心理士	0	
栄養士	1		栄養士	1	
調理人	4		調理師	4	
調理補助人	1				
合 計	11	2	合 計	8	

※ 資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

※ 複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

## 2 理念・基本方針

### ◎理念

私たちは、地域の人々、利用者のご家族の幸せを願い、保健・医療・福祉の総合力を発揮して、健康生活のベストパートナーとなることを目指します。

### ◎ミッション・ビジョン・バリュー

#### ●ミッション(私たちの存在理由)

温もりのある住まい、命をささえる食事を提供して笑顔の輪を守ります。

#### ●ビジョン(私たちが何をしようとしているのか)

ご利用希望者の心身の健康の保持及びQOL向上のために当施設のみならず、里全体で医食住等に関するサービスを多彩に提供し、ご利用者に、安心安全な居住施設となります。

#### ●バリュー(私たちが何を信じているか)

##### 【チームワーク】

全職員は各々役割を全うし、ご利用者ともスクラムを組んでいきます。

##### 【安心の提供】

ご利用者のニーズと良質なサービスを大切にし、ご利用者が安心できる健康生活を支援します。

##### 【信頼ある施設づくり】

思いやる心と絆を大切に、職員・ご利用者・ご家族が一体となり信頼を築きます。

## 3 施設・事業所の特徴的な取組

同一敷地内に医療機関をはじめ、介護老人福祉施設、老人福祉センター等を整備した健康長寿のまち「みゆきの里」の一つの施設としてケアハウスが運営されています。

保健・医療・福祉が連携しながら利用者の健康管理・生活支援が行われます。特に、「食」については安全・安心はもとより、楽しく美味しい食事の提供に工夫がなされています。更に、季節に応じた行事の開催や、健康寿命の延伸を目指して脳トレ・簡単体操・認知症予防教室・ホーム喫茶等のセルフケアの推進が図られています。

## 4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29年 9月 11日 (契約日) ~ 平成 29年 12月 18日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	なし

## 5 評価結果総評

### ◆特に評価の高い点

◎理念や基本方針に基づいた組織的な運営・経営がなされています。

法人全体としての理念から、基本方針はミッション、ビジョン、バリューを含めて明文化されています。施設内の掲示や全職員に配布される職員手帳にもその旨が記載され、ミーティングや月例会等での復唱などにより周知が図られています。

また、経営状態については毎月運営会議が開催され、細やかなデータ等が見やすく整理されると共に、問題が発生した場合もタイムリーに処理される組織づくりができています。

◎地域との交流が積極的に行われると共に、緊急時には地域支援を図る体制作りができています。

法人全体を通して「夏祭り」の開催や「健康と食の祭り」などの開催で、利用者との交流が積極的に行われています。平成28年に発生した熊本地震では、被災しながらも福祉避難所としての受入れを当日から開始し、社会資源として地域への貢献活動が行われています。また、施設がある6町内会に利用者全員が加入しており、資源ごみの回収の協力や「認知症による徘徊声掛け訓練」にも参加するなど、地域住民として参加できる体制作りができていたことも大きな特徴です。

◎利用者満足の上に向けたレクリエーションの取り組みができています。

少ない職員ながら、利用者の要望に応えるドライブや外出行事はとても素晴らしい取り組みとして評価できます。利用者から職員に対して要望や意見を伝える機会が日常にあり、利用者との関係は良好と感じます。利用者のアンケートも満足度が高い傾向となっていますので、今後も継続していただけることを期待いたします。

### ◆改善を求められる点

◎職員や利用者(家族)に対して事業計画等の理解を深める工夫が求められます。

事業計画の策定については、法人全体で社会背景や収支状況をふまえながら実施されていますが、職員自己評価の結果によると、職員や利用者及び家族に周知・理解を深める取り組みについてはもう少し取り組みが必要であるとの意見が見られました。わかりやすい資料の準備やその時期、方法等について更なる取り組みが求められます。

◎職員の就業状況や意向を把握し、全職員に研修の機会が増えることが期待されます。

職員自己評価では、年に一度の職員に意向調査や随時相談は受け付けることになっていますが、気軽に相談が出来る窓口を設置することで、常勤職員・派遣職員、様々な職種から分け隔てなく情報を収集したり、研修等についての相談する機会が増えることが望まれています。

◎時代の流れに沿った記録等の整備への工夫が望まれます。

施設の特長上、評価項目に合わない箇所が数か所（サービス変更やサービス提供内容等）ありましたが、今後の利用者層（要介護者の受け入れ）や社会情勢の変化に対応するため体制作りや記録の保管や破棄等の整備について、今まで以上に目を向けて取り組んでいただけるよう期待いたします。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H29.11.29)

今回の第三者評価に対しまして、的確かつ有益な評価および指摘を行っていただき、感謝申し上げます。要改善事項とされた、職員や利用者（家族）に対し、事業計画等の理解を深める工夫や努力の、更なる必要性については、我々施設の経営職階が気づきにくいことをご指摘いただいたと感想を持っております。

また職員の就業状況や意向把握機会の増加改善につきましてもご指摘の通り、やや日常業務に埋没した結果、目が行き届きにくい項目となっていたことは改善を求められる点と理解しております。

更に施設長不在時、特に有事に際しての判断や対応を決定する権限委任の記載がないことや、記録等の整備への工夫が不十分なことに対するご指摘につきましては、早速に記録体制を施設内で検討いたします。

7 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(参考) 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人	30人	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人		
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

## 第三者評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

#### I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念、基本方針はミッション、ビジョン、バリューを含めて明文化されています。基本理念は事務所内に掲示するとともに、パンフレットやホームページでも分かりやすく掲載されています。利用者や家族に対しては契約時にパンフレットや広報誌を用いて周知を図り、職員に対しては理念や基本方針が書かれた職員手帳が配布され、随時開かれる職域のミーティング等で復唱することにより周知されています。</p>		

#### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-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。	a) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月、みゆきの里の経営会議が行われており、施設長・相談員が参加し、稼働率や経費などの経営に関する必要なデータを一覧できる状態でまとめ、前年度のデータ等と参照し比較分析が出来る仕組みがあります。</p> <p>また、制度や介護報酬などの法改正に速やかに対応できるように、今後の予想される課題も視野に入れた分析がなされています。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営課題と目標が詳細にバランススコアカードにまとめられており、毎月、実績値と目標達成率が分析されています。また、理事会や評議員会、運営会議でもそれらの内容を報告し承認を得て、経営状況や改善すべき課題を法人全体で共有されています。</p> <p>特に、運営会議では職員同士が課題を検討する場も設定しており、組織全体で問題の解決・改善に取り組んでいく環境が整っています。</p>		

#### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-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。	a) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>平成29年4月に新5ヵ年計画が策定され、それに連動した中期経営計画がみゆきの里全体とピオニーガーデンにおいても策定されています。財務・顧客・内部プロセス・学習と成</p>		



長の4つの視点から構成され、人件費や取り巻く社会状況といった経営環境を考慮した目標数値等をわかりやすく表でまとめられています。		
5	I-3-(1)-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。	a b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画の内容に基づき、細分化された単年度の事業計画書「ピオニーガーデンBSC事業計画書」が策定してあります。中・長期計画に掲げた、財務・顧客・内部プロセス・学習と成長の4つの視点から構成されたものを更に、指標・ターゲット・アクションプラン・担当部署・期間等で具体的に進められるようにしてあります。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-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。	a b c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は各部署からの意見を聴取・集約して毎月開催される全体会議へと情報を伝え、必要に応じて、計画事項の実施状況や修正等の報告がなされています。</p> <p>しかしながら、策定した事業計画を職員会議やミーティング等で周知されていますが、職員へのアンケートや聞き取りでは十分な理解が行き届いていない状況でした。会議に参加できなかった職員や派遣の職員等に対しても十分な理解が得られるよう周知方法を工夫されるとともに、理解状況を確認する仕組みが求められます。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a b c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者全体を集めて行われる全体懇談会時に、プロジェクターを用いて昨年度の事業報告や決算、アンケートの結果等について説明を行うことで通知はされています。しかし、事業計画については項目等をその都度当番会等で伝えることで終了しており、また家族についてはその機会が設けられていません。年度の事業報告は実施されているので、その機会を利用して計画の周知を行い、また、分かりやすい資料等を作成して利用者やその家族にも配布するなどの工夫が求められます。</p>		

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(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	I-4-(1)-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。	a b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>バランススコアカードを用いて、質の向上に向けた取り組みが実施されています。その内容についてはQMMシートを用いた会議を半年に一回行い、問題点を明らかにしてPDCAのサイクルに乗せる仕組みが稼働しています。利用者へは第三者評価の利用者アンケートと同じものを利用して利用者の望みを把握し、職員の現場でも事務・ケア系・栄養部門で一年に一度アンケート調査を実施して質の向上に努めています。</p> <p>重要な内容については、月一回の当番会で各フロアから9名の利用代表者と4名の職員が協議の場を設けており、情報が末端まで伝わる機能もあります。</p>		
9	I-4-(1)-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。	a b c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価の利用者アンケートを用いた改善点の把握など、独自の計画と実施等についてはI-4-(1)-①で述べた通りですが、第三者評価における自己評価や受審の実施についてはこれからの状況です。今審査で明らかになった改善点等について、今後更に計画的に取り組んでいくことが求められます。</p>		

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長はピオニーガーデンの事務分掌及び組織に関する要綱について、その役割と責任について明記されています。しかし、施設長不在時の災害や事故等の有事における判断や対応に関して、権限委任等の具体的な記載がありませんでした。今後は、職務分掌等に具体的な担当者を明確に記載するとともに、その役割と責任が職員へ周知徹底されていく取り組みが必要です。</p>		
11	Ⅱ-1-(1)-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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員採用時のオリエンテーションで就業規則をはじめ個人情報保護規定等の説明があったり、顧問弁護士や社会保険労務士による勉強会が開催されたりしています。しかし、職員へのアンケート結果からもその内容については、消費者保護関連・雇用・労働・防災・環境等幅広い範囲で、積極的な取組が求められています。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長自ら福祉サービス第三者評価調査者養成研修を受講するなど、その福祉サービスの質の向上に向けた取り組みの必要性を十分に理解されています。利用者アンケートなどは率先して事前から採用して利用者の声を聴くなど、管理者として職員と利用者の両面から質を向上させる取組が来ています。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内のサービス活動を「生活相談・支援」、「栄養」、「看護・介護」などの小単位(ポッド:POD)に分けて経営上の問題点改善に取り組むPOD会議が毎月開催されています。常にコストバランスを意識した経営に心がけ、例えば時間外勤務の有効性の検証や、外部研修後の復命実施等についても指導・管理されています。</p>		

### Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(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	Ⅱ-2-(1)-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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年間の人事計画が作成されており、法人全体を通して必要な人材確保について取組が見られます。また、職員のスキルアップや資格取得に奨励金を出すなど人材の定着に繋がるシステムも作られています。しかし、人材確保についての人事計画を作成する際には、障がい者雇用への対応についても含めて明記した計画書が求められます。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>みゆきの里として組織的に人事管理されており、現場の状況を分析し判断しながら職員の</p>		

採用、配置、異動を決定されています。そして、年に一回、全職員に自己申告書を提出してもらい、その書類を基に所属長が面談を行うことになっています。キャリアパス制度や「期待する職員像」の明確化もなされていますが、職員への周知徹底については一部の職員に対してはまだ広がっていないようです。施設内での更なる取り組みが求められています。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年に一度、職員の意向調査があり、異動の希望や資格取得等の相談を聞き取るシステムは作られています。その他のタイミングでは随時相談は受け付けることになっていますが、職員アンケートによると相談を積極的に受け入れる体制づくり、気軽に相談が出来る窓口の設置が望まれています。</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事考課制度の中で、個別に目標を設定して自身のスキル向上に向けた取組が出来るよう環境が整っています。組織として「期待する職員像」が明確化され、職員像に近づくための内部・外部研修も積極的に参加できています。</p> <p>また、上半期・下半期とそれぞれがアクションプランを設定し、上司がそれをその期ごとに評価しサポートする体制も作られています。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体で教育・研修に関する基本方針や計画が策定されています。しかしケアハウスという施設の特性と研修内容がマッチしない場合もあり、職員全体での実施には至っていないようです。契約派遣職員や臨時職員を含めた施設全職員での取組が期待されます。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-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>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事考課制度の中で、個別に目標を設定して自身のスキル向上に向けた取組が出来るよう環境が整っています。特に施設にとって有効な資格取得のための受講費用の施設負担や、国家資格取得後の受講費用還元については、給与規定の中に「技能取得に関する本給調整」の項目を設け奨励金が支給されることになっています。しかし、前項目でもありましたが、正規職員の他に契約派遣職員や臨時職員等を含めた施設全職員での取組が期待されます。</p>		
Ⅱ-2-(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。		
20	Ⅱ-2-(4)-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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体として「実習の手引き」と「実習受け入れマニュアル」が整備され、法人としては実習受け入れを断らない方針は定着しています。しかし、ケアハウスという施設の特徴から、中学・高校生のナイスライ事業やワークキャンプ事業等の受け入れが主であり、専門職実習生については法人内のその他の事業所に対応するため、当施設内にはプログラムやマニュアル等の整備はなされていません。</p>		

### Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(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	Ⅱ-3-(1)-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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画、事業報告、決算報告、予算や決算に関する報告等について、理事会・評議員会</p>		

<p>やホームページでも閲覧できるよう開示してあります。内容に応じて利用者には全体懇親会開催時にプロジェクターを用いて説明が行われています。その他、広報誌等でも開示されています。</p>		
22	<p>Ⅱ-3-(1)-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>	(a) b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>施設長は、毎月、社会福祉法人の経理統括責任者として内部監査を実施されており、主に経理、事務に関するチェックが行われています。経理規定が作成されており、予算、出納等に関する内容が細かく記載され、経理・事務担当の職員に周知されています。</p> <p>適正な運営を行うために、毎月、公認会計士、社会保険労務士から経理面や労務管理における精査やアドバイスを受け文書化されており、指摘を受けた場合は速やかに理事に報告し対応されています。</p>		

## Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
<p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		
23	<p>Ⅱ-4-(1)-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。</p>	(a) b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>ケアハウスという特性のもと各利用者は町内会費を納入されているため、様々な行事案内が回覧板等を通じて呼び掛けられ参加に繋がっています。法人全体「みゆきの里」として「夏祭り」「健康と食の祭り」地域交流イベントが開催され毎回多くの人々で賑わいを見せています。</p> <p>また、地域の運動会には利用者も参加されるなど交互の交流が活発に行われることで顔なじみの関係性も出来ており、昨年の熊本地震の際には福祉避難所として開放され、地域の方々の救護所としての役割も果たしています。</p>		
24	<p>Ⅱ-4-(1)-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。</p>	(a) b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>法人全体でボランティアの受入れや対応に関する「ボランティアマニュアル」が整備されており、ボランティアコーディネーターも配置されています。「ボランティアセンター会議」が定期的で開催されており、必要な研修や支援が行われています。地域の小・中学校との交流(ナイストライ事業等)も盛んに行われており、社会福祉協議会等からの調整も受入れる体制が出来ています。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>Ⅱ-4-(2)-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。</p>	(a) b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>行政機関(熊本市)とは緊急時の対応施設としての契約を締結し、地域における福祉避難所としての明確な位置づけがなされ、緊急時や必要時に速やかに連携できるよう職員に周知されています。昨年の熊本地震では、地震当日より福祉避難所を開設し被災した方々を受入れています。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	<p>Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。</p>	(a) b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>緊急時の福祉避難所としての役割を十分に果たすことが出来ています。ケアハウスという特性からその方々の特性を活かした地域の方々へのボランティアの参加や、公民館等で行われる健康寿命の延伸活動・啓蒙活動が行われています。</p> <p>また、6町内の方々と一緒に「認知症による徘徊声掛け訓練」の参加などの取組が行われています。</p>		

27	Ⅱ-4-(3)-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。	a b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の自治会の班長会議に参加して地域のニーズ収集に努めることや、地域包括支援センターささえりあ平成との連携によって法人全体で情報を集約することができています。その地域を取り巻く情報や社会情勢を分析することで、法人全体の長中期事業計画に反映される流れができています。</p>		

## 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-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。	a b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアハウスの特徴を活かしたサービス提供が実施されています。利用者アンケートを定期的に行って、職員間で検討し対応が図られています。時代の変化に伴い、利用者層の変化もありますので、今後もミーティング等を継続して行って頂きたいと思えます。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-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。	a b c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本的な取組は行われており、不適切な事案が生じた際の流れは職員、相談員、施設長と把握されていますが、マニュアルが法人全体のものではなく施設独自に作成されていない状況です。法人全体の研修にも参加され、質の向上のための取組をされていますので、独自のマニュアル作成が望まれます。</p>		
Ⅲ-1-(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	Ⅲ-1-(2)-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。	a b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体のホームページもわかりやすく、パンフレットや入居者のしおりを独自に作成され、写真も多く掲載されており利用者の生活が想像できるように工夫されています。見学者には必ず施設内の案内を行い、細かく説明されています。10月より施設独自の通信を作成され、必要な情報は提供されています。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-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。	a b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約書や重要事項説明書等の説明をきちんと行い、記録として利用者の入居までの流れの過程ごとに確実に記録が残されています。</p> <p>また、入居待機者に関して定期的にアンケートや電話での状態把握を行い、待機者の状態変化がないか確認を取られているところはサービス選択時等の判断材料になっています。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-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。	a b c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>引継ぎについては大まかな流れは日誌に残っています。他サービスへ引き継ぐ際は施設の特性上外部のケアマネジャーが担当していることが多いようです。しかしながら、引継ぎや申し送り手順について不明確な部分がありますので、記録等で明確にしていく必要があるかと思われます。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a b・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価の利用者アンケートを活用したアンケートを年1回実施し、アンケート結果を全体懇談会で報告を行っています。また施設独自の取組（当番会）や利用者から直接職員へ相談等があり、その都度職員間で検討し利用者に報告をされています。少ない職員数ながらグルメツアー等の外出行事も多く、利用者満足に向けた取組をされています。</p>		
<p>Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体の委員会として苦情に対して取り組んでおり、苦情解決の体制は整っています。また、法人内の苦情を職員が把握できるようになっており、周知・機能しています。しかしながら玄関先と入居者掲示板の苦情対応について内容が違っており、入居者が混乱する可能性もありますので、体制が変更になった際は確実に行って頂くとよいかと思えます。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談室やアンケートボックスを設置するなど、意見が述べやすい環境を整えられています。また、利用者より直接職員への相談も多くあり、日常的なコミュニケーションから相談につなげるなど工夫をされ、利用者へ十分周知できていると思われます。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常的に利用者から相談等があり、その都度口頭で職員、相談員、施設長と情報共有が図られ対応を検討されています。しかしながら業務日誌に相談等の記録欄はありますが、記入されていない状況です。記録に残すことでサービスの改善にもつながるかと思えますので施設内での検討が望まれます。</p>		
<p>Ⅲ-1-(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。</p>		
37	Ⅲ-1-(5)-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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体で指針や施設独自の事故防止マニュアル等整備されています。ヒヤリハット報告書作成時には指針を確認する取組がなされています。作成後は職員へ回覧し情報共有に努められています。毎月法人全体会議にも報告し、法人全体でリスクマネジメントの体制が整っています。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体としては感染症対策のマニュアルが写真付きではありますが、職員、相談員、施設長の役割は法人としての取組内容となっています。法人全体の研修項目にも組み込まれており感染症予防に取り組まれています。施設内での感染症発生時の混乱を避けるためにも施設独自に役割を明確にしたマニュアルを策定されることを期待いたします。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害発生時には各階ごとに入居者がボランティアとなり、安否確認できる体制はとても評価できます。災害に対する訓練が火災のみ実施されており、施設の立地条件等を把握し今後はその他の訓練を実施されることを望みます。</p> <p>また、備蓄リストは作成されましたが、期限が過ぎていたものもあり、定期的に確認できるシステム作りが望まれます。</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(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	Ⅲ-2-(1)-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。	a b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス内容については「入居のしおり」という指針が作成されており、入居時等に説明を利用者、家族に行われています。定期的に当番会でも説明を行っており、標準的なサービスについて説明する機会を多く持っています。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-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。	a b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>平成29年9月より自立バランスシートの取組を開始されています。職員からは利用者の状態把握ができたと一定の評価は上がっており、今後の年2回をめぐりに見直しを行っていく予定であり、今後の取組を期待したいと思います。</p>		
Ⅲ-2-(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	Ⅲ-2-(2)-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。	a b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>今までは利用者毎のアセスメントに関しては職員で話し合い相談員へ口頭で報告を行っている状況でありました。自立バランスシートの活用を開始されたこともあり、利用者毎のニーズの把握ができやすくなったようです。しかしながら施設の特性上、要介護者には外部のケアマネジャーが関わっていることもあり、今後の体制作りを含めて検討していただくことが望まれます。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-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。	a b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の特性上、要介護者には外部のケアマネジャーが担当しており、サービス担当者会議には職員が出席しています。利用者の経過を把握していく上では口頭での伝達ではなく、検討した内容の詳細を日誌等に記録として残していくことが望まれます。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-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、職員間で共有化している。	a b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入居者の日々の記録は日誌に処遇記録としてわかりやすいように記録されています。記録内容が個人の記録に反映されるシステムも整っており、パソコン上で閲覧できる状態にあり職員間で情報共有が図られるよう工夫されています。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報の取り扱いについては入居時に利用者、家族に説明が行われています。また、記録の保管や開示方法、保存や破棄については法人全体でのマニュアルはあり、取組まれています。今後、事業所毎の体制整備を進めて行かれる中で、管理しやすい方法等検討されることを期待いたします。</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (評価対象Ⅰ～Ⅲ)	25	20	0