



## 山口県福祉サービス第三者評価受審証明書

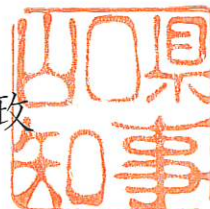
事業者名 社会福祉法人 恒和会

上記の者は、次のとおり福祉サービス第三者評価を受審したことを証明します。

- 1 施設名 ケアハウスゆうわ苑
- 2 受審年月日 令和4年12月7日
- 3 評価機関名 社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
- 4 公表期間 令和5年4月20日から  
令和8年3月31日まで

令和5年4月20日

山口県知事 村岡 嗣 政





## 福祉サービス第三者評価決定書

「軽費老人ホーム ケアハウスゆうわ苑」が実施する福祉サービスについて、書面調査及び訪問調査を実施した結果、別添報告書のとおり評価を決定します。

令和5年 3月 24日

軽費老人ホーム ケアハウスゆうわ苑  
施設長 中村 雅彦 様

社会福祉法人 山口県社会福祉協議会  
会 長 隅 喜 彦





# 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 4年 12月 7日 (水)

## ■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	<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

○管理者は地域との融和・地域との共存という意識を強く持っておられ、そのリーダーシップのもと事業所の課題を把握し、分析する仕組みを構築され、職員の声を活かしながら、福祉サービスの質の向上を図り、さらに地域の福祉ニーズに応えようとする取り組みを実践されています。

○法人の目指す方向である理念や基本方針、職員の行うべき行動である四訓や四項(使命)を、ホームページ・パンフレット・職員必携手帳などを用いて職員や外部者等に明確かつ分かりやすく説明され、その周知を図られています。特にホームページは充実しており、外部者に対して動画等により分かりやすく説明されています。

○毎月の経営企画会議で経営状況を把握・分析し、それを年2回開催する成果発表会で職員に周知されています。また具体的な取り組み方や目標数値などを「管理職研修シート」にて具体化するなど、課題の明確化からその課題に対する取り組み、経過確認までの一連の仕組みが構築されています。

○今回で5度目の第三者評価は3年に1回定期的に受審されており、受審を自分達の取り組みを省みる機会とされています。また「サービスの質の向上委員会」の設置、「成果発表会」の開催などサービスの質の向上に向けた仕組みが確立しています。

### ◇改善を求められる点

○中・長期計画は策定されていますが、収支計画が策定されていません。中・長期計画をより実現可能なものにする為にも、財源的な裏付けとなる収支計画の作成が望まれます。

○サービスの標準的な実施方法のマニュアルは整備されていますが、引用物が多く、また作成日や見直し日が記載されていないものが多いため、今後は引用されたものを参考にして、事業所独自のマニュアルを作成されることを期待します。

## ■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

--

# 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	6	b	3	c	0	Na	0
<p>○法人の理念・基本方針・四訓・四項(使命)をホームページや職員が常に携行する職員必携手帳に明記し、法人が向かう方向・職員が行動を明確かつ分かりやすく説明されています。</p> <p>○毎月開催する「経営企画会議」で課題を把握・分析し、それを年2回開催する「成果発表会」で職員に周知されています。また具体的な取り組み方や数値目標を「管理職研修シート」で具体化するなど、経営課題を把握・分析し、その課題に対する具体的な取り組み方までの仕組みが構築されています。</p> <p>○今回で5度目である第三者評価は、3年に1度定期的に受審されており、受審を自分達の取り組みを省みる機会として活用されています。また「サービスの質の向上委員会」の設置、「成果発表会」の開催などサービスの質の向上に向けた取り組みを行う仕組みが確立しています。</p> <p>○中・長期計画は策定されていますが、収支計画が策定されていません。中・長期計画をより実現可能なものにする為にも、財源的な裏付けとなる収支計画の作成が望まれます。</p>								

II 組織の運営管理	a	18	b	0	c	0	Na	0
<p>○管理者は、経営企画会議や成果発表会の開催などを通じて経営の安定を図り、また「サービスの質の向上委員会」の設置などによるサービスの質の向上に関する仕組み作りに努めているなど、卓越したリーダーシップを発揮されています。</p> <p>○法人の使命の1つに人材育成を掲げ、技能実習生の受け入れやシニアスタッフの採用など人材確保に取り組み、また「職員が辞めない職場」を目指してIT・IoTやセンサーベッドの導入など職場環境の整備を進めておられます。</p> <p>○ホームページにおいて、法人の求める人材・方針・人事考課制度・給与体系・先輩職員からのメッセージ・研修計画などを動画で公開されています。また、ホームページの情報量が豊富であり見る者に分かりやすく丁寧な説明となっています。</p>								

III 適切な福祉サービスの実施	a	14	b	4	c	0	Na	0
<p>○職員全員に「職員必携手帳」を配布し、法人の理念を遂行する上での接遇マニュアル・四訓・四項・行動規範などの周知徹底を図っておられます。</p> <p>○電子カルテを採用して事業所内でネットワークを組み、各職員がタブレットで記録を記入・閲覧できます。また「眠りスキャン」を導入し、3階のスタッフルームのパソコンやタブレットで利用者の状況を確認でき、利用者情報の共有を図る為のICT化の促進を図っておられます。</p> <p>○ホームページ、パンフレット等の充実はしていますが、施設内の掲示物による情報提供が行事、食事程度であった為、重要事項説明書等を各フロアに掲示するなど、利用者に対して積極的に情報提供されることを期待します。</p> <p>○サービスの標準的な実施方法のマニュアルは整備されていますが、引用物が多く、また作成日や見直し日が記載されていないものが多いため、今後は引用されたものを参考にして、事業所独自のマニュアルを作成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>○居室はトイレ・キッチンを完備した全室個室であり、馴染みの家具等の持ち込みも可能です。またエレベーターホールの扉に階数を表示するなど、利用者が快適に過ごす為の工夫がされています。</p> <p>○利用者とのコミュニケーション(言語・非言語)が出来なければ良いサービスはできないと全職員が理解され、そのための研修体制が丁寧に整備されています。</p> <p>○職員必携コンプライアンスガイドラインに代表されるように、利用者の人権・権利擁護について、文章、動画、研修等で徹底的な周知・確認を行っています。</p> <p>○タクティールケアやユマニチュードなど認知症ケアに意欲的に取り組み、その経過について「科学的介護に関する評価」にて効果測定も行っています。</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】		判断の理由			
1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	a	b	c	Na
1	<p>理念、基本方針が明文化され周知が図られている。</p> <p>(特に評価が高い点)                      ○職員・利用者・家族等外部者に、ホームページやパンフレット・職員必携手帳などを用いて、理念・基本方針・四訓・四項(使命)・行動規範の周知徹底を図り、法人の目指す方向・職員が行うべき行動を明確かつ分かりやすく説明されています。特にホームページは充実しており、またパンフレットは分かりやすく作成されています。                      (改善が求められる点)</p>			○	
<p>理念及び基本方針はホームページやパンフレットに掲載され、玄関ホールや事務所にも掲示されている。また、職員が常に携帯している「職員必携手帳」にも記載されており、毎日の職員朝礼で唱和していることも職員からの聴き取りにより確認した。</p>					
2	<p>経営状況の把握</p> <p>(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</p>				
<p>判断の理由</p> <p>理事長(施設長)は柳井市における福祉関係団体の役員を務めているとともに、大手コンサルト会社から毎月1回経営アドバイスを受け、法人内部においては「経営企画会議」を開催して法人を取り巻く環境や経営状況を把握・分析していることが資料および会議議事録、聞き取りによって確認できた。</p>					
3	<p>経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。</p> <p>(特に評価が高い点)                      ○毎月の経営企画会議で経営状況を把握・分析し、それを年2回開催する成果発表会で職員に周知し、また具体的な取り組み方や目標数値などを「管理職研修シート」にて具体化するなど、課題の明確化からその課題に対する取り組み方まで一連の流れが確立されています。                      (改善が求められる点)</p>			○	
<p>法人全体で年2回「成果発表会」を開催して事業所別の課題及びその取組状況を全職員に周知し、さらに「管理職研修シート」で今後の課題等を明確にし、また経営状況や改善すべき課題について、事業報告会で役員に報告するという経営課題の明確化及びその課題に対する取り組み方の一連の流れが確立され、職員に周知徹底されていることが確認できた。</p>					

【 評価項目 】				判断の理由	
a	b	c	Na		
<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・長期計画は策定されているものの、理事会の承認を得ていないので法人として組織的に策定されているとは言えず、また収支計画は策定されていない。	
5	2	○		単年度事業計画は、項目ごとに目標設定されたものが策定されているが、中・長期計画との整合性が薄く、中・長期計画を踏まえた上での策定とは言い難い。	
<b>(2) 事業計画が適切に策定されている。</b>					
6	1	○		事業計画の策定について、ケアハウスミーティングにて職員が意見を出し、それを管理者がまとめて経営企画会議に提出するという過程を職員からの聞き取り等で確認できた。また、事業計画の周知や進捗状況確認についても、「成果発表会」の開催記録にて確認できた。	
7	2	○		以前は年1回開催していた家族会等で説明していたが、新型コロナウイルス感染症拡大予防の為家族会は開催されず、説明の機会が減っている。現在は玄関受付カウンターに掲示しており、またホームページ上にも掲載がある。	
<p>(特に評価が高い点)</p> <p>○事業計画について、ケアハウスミーティングにて職員が意見を出し、それを管理者がまとめて経営企画会議に提出されており、その策定は組織的に進められている。進捗状況は年2回開催される「成果発表会」で確認されています。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>○中・長期計画は策定されているものの、理事会の承認を得ていないので法人として組織的に策定されているとは言えず、また収支計画は策定されていない。中・長期計画に掲げる目標を達成する為にも、財政的な裏付け(収支計画)について策定されることを期待します。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
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	○				「サービスの質の向上委員会」にて定期的な自己点検を行い、また第三者評価も5年度目の受審であり、自分たちの取組組みを省みる考えが徹底され、またユマニティードチャエックリストの作成など質の向上に向けた取組組みが組織的に行われている。
9	2	○				「ケアハウスミーティング」や「サービスの質の向上委員会」での検討や「管理者研修シート」による分析、「レベル評価票」によるサービス基準のレベルアップ化への取組組みなどが、議事録や職員からの聴き取りにより確認できた。
(特に評価が高い点) ○今回で5年度目の第三者評価は3年に1回定期的に受審されており、受審を自分達の取組組みを省みる機会とされています。また「サービスの質の向上委員会」の設置、「成果発表会」の開催などサービスの質の向上に向けた取組組みが確立しています。 (改善が求められる点)						

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。

		a	b	c	Na	判断の理由
10	1	○				管理者は、組織図、事務分掌、ケアハウスミーティングや成果発表会などの各種会議、広報誌(ゆうわだより)、職員必携手帳、ホームページ上にて自らの役割と責任について表明し、職員への理解を図っていることが、書類や職員からの聴き取りにより確認できた。
11	2	○				管理者はコンサルタントとの毎月の会議や山口県老人福祉施設協議会など各種団体が主催する研修会への参加などにより、遵守すべき法令等の理解に努めていることが議事録及び職員からの聴き取りにて確認ができた。

【評価項目】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>						
12	1	○				管理者は「サービスの質の向上委員会」にて提供する福祉サービスの評価・分析を行い、また職員会議や施設内研修の場で課題に対する具体的な指示を行い、エマニチュエードの取り組みのチェック表の作成など、質の向上に意欲的に取り組んでいることを会議録や職員からの聞き取りにより確認できた。
13	2	○				管理者は、経営企画会議や全体会議などで人事、労務、財政等を踏まえた経営分析や改善を図る取り組みを行っていることを議事録等から確認できた。また業務の実効性を高める為に、R4/8よりデマンド(通信講座)を導入するなど職員の意識向上の為に取り組みも行っていることが確認できた。
(特に評価が高い点) ○管理者は地域の融和・地域との共存という意識を強く持つておられ、そのリーダーシップのもと自らの課題を把握し、分析する仕組みが事業所内に構築されており、地域の福祉ニーズに応えようとする取り組みを實踐されています。 (改善が求められる点)						

判断の理由						
<b>2 福祉人材の確保・育成</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	○				法人の「使命」に人材育成を掲げ、技能実習生の受入やシニアスタッフの採用など人材の確保に取り組み、また「職員が辞めない職場」を目指しCIT・IOTやセンサーベッドの導入など職場環境の整備を進めている。なおホームページ上で法人の理念や求める人材・方針・人事考課評価制度・給与体系・先輩職員からのメッセージ・研修計画や実施状況等を動画にて公開しているのは、特出すべき実践と評価できる。
15	2	○				人事考課制度運用規程に基づいて、全常勤職員を対象とした個人面談や目標管理シート、キャリア職転換への意向確認などの制度が整備されており、職員が自らの将来像を描くことができ、また自らの意思表示ができる仕組みがあることが資料や職員からの聞き取りにより確認できた。
<b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>						
16	1	○				職員の意向や意見を聴く機会として年2回の個人面談が行われており、また働きやすい職場環境を目指して、育児休業の利用促進・復職後の夜勤免除・短時間勤務など子育て職員への援助、介護初任者研修や介護実務研修の実施など、キャリアアップや資格取得希望者への支援、さらにメンタルヘルスカウンセラーによる個別カウンセリングなど、職員の就労を多面的にフォローする体制がされ、また充実していることが現地確認や職員からの聞き取りにより確認できた。

【評価項目】		a	b	c	Na	判断の理由
<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	○				目標管理シートにて職員個別の年間目標を定め、年2回の上司面談や対人援助の基本姿勢から、介護技術や制度理解、またコミュニケーション能力やリーダーシップなど詳細なチェック項目のある「レベル評価票」による目標管理を通じて職員の質の向上に取り組んでいることを議事録や職員からの聞き取りにより確認できた。
18	2	○				法人理念を実現する為の期待する職員像として「四訓・四項」を掲げ、職員に周知されている。職員研修は研修計画に基づき、新任職員研修・介護初任者研修等キャリアアップの為の研修・職員全体研修・OJTなど様々な職種・段階に応じた研修が用意され、実施されていることが研修記録や職員からの聞き取りにより確認できた。
19	3	○				研修計画に基づいた実施に加え「資格取得等助成制度」を設け、経済的にも職員のスキルアップのための資格取得支援を行っている。
<b>(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</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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○人材育成を法人の「使命」と捉え、技能実習生の受入やシニアスタッフの採用など多様な人材の確保に取り組む。また「職員が辞めない職場」を目指してIT・ICTやセンサーの導入など職場環境の整備を進めておられます。</li> <li>○ホームページ上で法人の理念や求める人材・方針・人事考課評価制度・給与体系・先輩職員からのメッセージ・研修計画や実施状況等を動画にて公開しておられます。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p>						

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<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	○				ホームページに、法人の将来ビジョンや現在の取り組み、また情報公開のページを設けて「定款・役員情報」「一般事業主行動計画」「第三者評価・外部評価」「事業計画・報告」「監事監査報告書」「処遇改善加算・特定処遇改善加算」「計算書類・財務諸表・現況報告」「独立監査法人の監査報告」「苦情対応」などを網羅して掲載されている。さらに、ホームページの内容が充実しており、情報を得やすいことも確認できた。
22	2	○				職務分掌にて権限・責任が明文化されており、また定期的な第三者評価の受審や公認会計士による会計監査、コンサルタントの導入などにより、公正かつ透明性の高い経営・運営の取組を行っていることを資料や職員からの聞き取りにより確認できた。
(特に評価が高い点) ○コロナ禍という社会情勢において、外部との連携が取りにくい状況にありますが、動画の活用などホームページの内容を充実させ、積極的に情報公開に努めておられます。 (改善が求められる点) ○ホームページ上で詳細な情報開示が為されていますが、令和4年度の事業計画、令和3年度の事業報告等が未掲載となっており、決算理事会、評議員会終了後に速やかに掲載されることを期待します。						
<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	○				ホームページ上に「おたがいきまの心でつながる社会をつくろう」と地域交流のコンセプトを明文化している。コロナ禍であるため、頻繁な交流は出来てはいないものの、地域住民と一緒に海岸清掃を行うなど出来る範囲で取り組んでいることが確認できた。
24	2	○				ボランティア受入マニュアルやボランティア登録カードを整備しており、受入体制はできているが、コロナ禍という社会情勢の下現在は受入を行っていない。しかし、コロナ以前は傾聴ボランティアや小・中・高校生の福祉研修の受け入れなど積極的にボランティアを受け入れていた実績があることが確認できた。
<b>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>						
25	1	○				コロナ禍ではあるが、法人内他事業所、隣接する他法人事業所、自治会等と連携は取れていることが職員からの聞き取りにより確認できた。現在は関係機関との定期的な連絡会がコロナ禍に行われていないが、その仕組みがあることが確認できた。なお、コロナ以前は認知症サポーター養成講座、認知症カフェ・独り歩き捜索模範訓練等を実施していた実績がある。

【評価項目】		a	b	c	Na	判断の理由
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。						
26	1 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	○				コロナ以前は、施設行事(納涼祭・敬老会・げんき祭り等)を通じて地域住民と交流したり、地域住民の要望による健康トレーニングセンターや認知症カフェの開設など積極的に地域と交流し、またニーズ把握の為に取組みを行っていたことを職員からの聞き取りにより確認できた。現在は法人内の他事業所と連携して地域の福祉ニーズの把握に努めている。
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。	○				「オレンジカフェ(認知症カフェ)」「認知症ひとり歩探索模範訓練」「認知症サポーター養成講座」「地域包括ケア後援会」「小・中学校への福祉教育講師派遣」「ボランティア体験学習」「職場体験親子バスツアー」「地域ささえあい大学」などの開催、また「サポートセンタータリア」や「地域交流スペースカフェドミューブル」の開設など、地域のニーズに基づく公益的な事業・活動を展開していることを確認できた。
(特に評価が高い点) ○ 地域住民の交流の場として「サポートセンタータリア」や「コロナ禍においても「地域交流スペースカフェドミューブル」を開設されるなど、法人・施設の機能を開放され、地域交流・地域貢献に積極的に取り組まれています。 (改善が求められる点)						

### 評価対象Ⅱ 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。

		a	b	c	Na	判断の理由
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。	○				職員全員に「職員必携コンプライアンス手帳」を配布し、法人の理念を遂行する上での接遇マニュアル・四訓・四項・行動規範など周知徹底を行っている。また内勤研修等においてもユニマニチュエードを取り入れたケアの実践などについて、議事録や職員への聞き取りにより確認できた。
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。	○				居室は全室個室でトイレ・キッチンが完備され、プライバシーは守られている。プライバシー保護規程は作成されていないものの、各種介護マニュアルの中にプライバシーへの配慮が記載されていることが確認できた。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<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	○				ホームページが充実しており、またパンフレットも分かりやすい。利用希望者には面談や見学も丁寧にしていることを資料や職員からの聞き取りにより確認できた。
31	2	○				利用希望者にはパンフレット、重要事項説明書等で説明し、契約に当たっては利用者や家族の同意を得ていることを資料や職員からの聞き取りにより確認できた。
32	3	○				サービス移行に係わる担当者は生活相談員であり、「施設サービス計画書(ケアプラン)」や医療情報のサマリーを先方に情報提供し、利用者の思いやケア方法が継続して提供されるようにしていることを資料や職員からの聞き取りにより確認できた。
<b>(3) 利用者満足の向上に努めている。</b>						
33	1		○			日々の対応の中から個別ニーズを拾い上げ、また嗜好調査(年2回)・外出しクアンケート・利用者アンケートを実施しているものの、コロナ禍でもあり利用者会・家族会は開催されていないことから、b評価とした。集合以外の方法等にてニーズを把握する工夫が望まれる。
<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	○				「福祉サービスに関する苦情解決規程」を作成し、苦情処理体制が整備されている。
35	2		○			上記の通り苦情解決体制を整備し、機能はしているものの、意見箱は2階の事務所受付のみで、利用者が生活する3階から6階には設置されていない。さらに意見を述べやすい環境作りの1つとして、記入者のプライバシーが守られる場所、書きやすい高さに配慮しながら複数設置することが望まれる。
36	3		○			「サービスの質の向上委員会」にて利用者の意見を反映して対応する仕組みは出来ているものの「特定施設」でもあるため、要介護認定を受けた利用者がほとんどであり、利用者自ら意見を書くことや伝えることが難しくなっている。それらに対応すべく日々の生活の中からニーズを汲み上げるためにユマニテュードの研修や委員会などで研鑽を行っている。その取り組みは評価すべき点ではあるが、現在まだ職員間の浸透途中ということである為、b評価とした。

【評価項目】		a	b	c	Na	判断の理由
<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	○				事故発生時対応マニュアルを整備し、緊急時連絡先のリスト化、発生した事例に対するヒヤリハットや事故の報告書、事故等発生後の分析や今後の対応のカンファレンスや事故防止の研修などの資料や議事録が確認できた。
38	2	○				「感染防止・基本方針」や「感染対策マニュアル」を整備し、「感染対策委員会」の設置、新型コロナウイルス感染症に関する研修会の開催など感染予防体制の整備とその取り組みが確認できた。
39	3	○				災害時(火災・風水害)の対応基本方針があり、それに基づき防災マニュアルが整備されている。「非常災害時の関係機関への通報・連携体制リスト」も作成されており、その取り組みが組織的であることが確認できた。
(特に評価が高い点) ○職員全員に「職員必携コンプライアンス手帳」を配布し、法人の理念を遂行する上での接遇マニュアル・四訓・四項・行動規範などの周知徹底を行っておられます。 (改善が求められる点) ○ホームページは充実しているが、施設内の掲示物による情報提供が行事、食事程度であった為、重要事項説明書を各フロアに掲示するなど、積極的に情報提供されることを期待します。						

2 福祉サービスの質の確保							判断の理由
<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	○					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、その内容も利用者の人権やプライバシーに配慮すべきことが記載されている。また各介護技術においてチェック表を用い、高い水準へドステップアップさせていく体制も整っている。
41	2		○				規程等については見直された日付が記載されている。ケアプランについては法令上見直しが行われているため日付確認はできる。各種マニュアルについては引用物が多く、また作成日や見直し日が記載されていないものが多いため、今後は引用されたものを参考にして、事業所独自のマニュアルの作成及び「ケアハウスミーティング」や「サービスの質の向上委員会」等での見直しが望まれる為、今回は評価とした。
<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	○					アセスメントにより身体状況や生活状況を把握して福祉サービス計画が策定されているのを資料や職員からの聴き取りにより確認した。
43	2	○					福祉サービス計画については、カンファレンスで協議の上、定期的に見直しを行っているのを記録で確認できた。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。						
44	1	○				電子カルテを導入して事業所内でネットワークを組み、各職員が端末機で記録を入力・閲覧できる。また「眠りスキャン」を5台導入し、3階のスタッフルームのパソコンやタブレットから情報を確認でき、利用者の情報・記録の共有が図られている。
45	2	○				「個人情報保護対策マニュアル」(個人情報保護規程)を策定して、利用者の記録に関する管理体制を整備している。また現地確認にて利用者記録が鍵のかかる書籍棚に保管されているのを確認した。
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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ています。また各介護技術においてもチェック表を用いて、高い水準へとステップアップさせていく体制を整えておられます。</li> <li>○ 電子カルテを導入して事業所内でネットワークを組み、各職員がタブレットで記録を入力・閲覧できます。また「眠りスキャン」を5台導入され、3階のスタッフルームのパソコンやタブレットから情報を確認でき、利用者の情報・記録の共有が図られています。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 各種マニュアルについては引用物が多く、また作成日や見直し日が記載されていないものが多いため、今後は引用されたものを参考にして、事業所独自のマニュアルを作成されることを望みます。</li> </ul>						

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】		判断の理由			
A-1	生活支援の基本と権利擁護	a	b	c	Na
<b>(1) 生活支援の基本</b>					
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	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)</p> <p>○利用者とのコミュニケーション(言語・非言語)が出来なければ良いサービスはできないと全職員が理解され、そのための研修体制が丁寧に整備されています。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>○アセスメントに基づいたサービス計画が介護サービス提供に反映されることを望みます。</p>					
<b>(2) 権利擁護</b>					
3	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)</p> <p>○「虐待防止・対応マニュアル」や「身体拘束廃止に向けての対応マニュアル」を徹底し、職員必携手帳やミーティング時の確認により意識統一・周知徹底を図っておられます。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>特になし。</p>					
<b>A-2 環境の整備</b>					
<b>(1) 利用者の快適性への配慮</b>					
4	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)</p> <p>○居室は全室個室であり、トイレ・キッチンを完備しています。馴染みの家具等の持ち込みも可能です。またエレベーターホールの扉に階数を表示するなど利用者が快適に過ごす為の工夫がされています。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>○特になし。</p>					
<p>利用者の心身の状況に応じた食事・入浴・排泄等の個別介助や施設行事・外出・レクリエーション等が行われているが、福祉サービス計画が利用者一人ひとりの個別のプランではなく、画一的なプランとなっており、アセスメントに基づいたサービス計画が介護サービスの提供に反映されているとは言い難い点がある。職員からの聴き取りにおいても、これは今後の課題であり、ユマニチュードなどに取り組みさらに個別性を重視した支援を行いたいとの説明があり、今回は評価とした。</p> <p>ユマニチュードの導入、介護技術チェック表の活用など、利用者とのコミュニケーションの方法についての向上に努めていることが確認できた。また利用者からの聴き取りにおいても「よく話を聞いてもらえる」などの声があった。</p> <p>「虐待防止・対応マニュアル」や「身体拘束廃止に向けての対応マニュアル」を整備し、職員必携手帳やミーティング時での確認により意識統一・周知徹底を図り、また身体拘束や虐待防止についての研修を開催するなど、組織的に利用者の権利擁護に取り組んでいることが確認できた。</p> <p>居室は全室個室であり、トイレ・キッチンを完備している。馴染みの家具等の持ち込みも可能である。またエレベーターホールの扉に階数を表示するなど利用者が快適に過ごす為の工夫をしている。食事の場所も利用者の身体状況等に配慮して各階に分散し、浴室も明るく樟風呂で、窓から見える場所に花壇を造成中であり、今後は季節の草花が見られる予定である。そのような環境づくりが行われていることを確認した。</p>					

【 評価項目 】		判断の理由			
		a	b	c	Na
<b>A-3 生活支援</b>					
<b>(1) 利用者の状況に応じた支援</b>					
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 排泄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身体状況・意向に応じて、入浴・排泄・移動その他の生活場面の支援方法が福祉サービス計画に位置づけられ、支援経過が記録されています。  (改善が求められる点)  ○特になし。</p>					
<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)  ○食器は陶器を使用するなど楽しく食べる為の工夫をされています。また朝食や昼食において選択食を行っておられ、居室には簡易キッチン(HH)もあります。  ○口腔ケアについて、歯科衛生士が毎週来所して指導・助言行っており、不定期ながら口腔ケアに関する研修も実施されています。  (改善が求められる点)  ○特になし。</p>					
<p>入浴は原則として週2回(身体状況により入浴日を分けている)だが、自立入浴が可能な方は、職員への声掛けがあれば好きな日・好きな時間に入浴できる。入浴前にはバイタルチェックを行い、体調不良で入浴できない場合には、清拭を行っており、入浴介助が必要な方には個別の介助が行われている。</p> <p>居室にトイレがあるのでプライバシーは守られている。浴室隣接のトイレも鍵が掛かるようになっていた。利用者の身体状況に応じてポータブルトイレも使用しており、ミーティングやカンファレンスにおいて排泄介助方法の共有や看職職員との連携がされていることを記録等により確認できた。</p> <p>「移動・移乗マニュアルを整備し、カンファレンス時に利用者の状態に応じた移動支援についても検討されている。施設内巡視において、自定できる利用者へに声掛け等の支援が行われているのを確認した。</p> <p>食事はクックチルドにて厨房で調理し、ご飯は食卓ホールで提供されている。嗜好調査も年2回行い、食器は陶器を使用するなど献立や提供方法に工夫をしている。また朝食や昼食において選択食を行っており、居室には簡易キッチン(HH)もある。</p> <p>利用者の身体状況等に合わせ、普通食・ささみ食・ソフト食・減塩食・腎臓病食などの食事形態を選択できる。また介護職員・栄養士・看職職員が食事形態や支援方法などについて検討していることがカンファレンス記録により確認できた。</p> <p>週1回来所する歯科衛生士の指導・助言の下、日常的な支援が行われており、口腔ケアに関する研修も実施されていることを職員からの聞き取りにより確認できた。</p>					

【 評価項目 】		判断の理由		
	a	b	c	Na
<b>(3) 褥瘡発生予防・ケア</b>				
11	1	○		
<p>褥瘡の発生予防・ケアを行っている。</p> <p>(特に評価が高い点) ○「褥瘡予防マニュアル」を整備し、また褥瘡対策委員会を設置して褥瘡の予防・対策に努めておられます。 (改善が求められる点) ○職員からの置き取りにおいて、カンファレンスでは褥瘡発生の可能性の確認などは行っていないと言われていましたが、褥瘡予防としてOHSスケール等を用いた褥瘡発生の可能性についても個別に検討されます。</p>		<p>「褥瘡予防マニュアル」を整備し、法人内に設置した褥瘡対策委員会にて法人内他事業所の職員と協議して予防・対策に努めている。またeラーニングによる褥瘡予防研修の実施、近隣医療機関との連携が、資料や職員からの聴き取りにより確認できた。ただし、褥瘡予防としてOHSスケール等を用いた褥瘡発生の可能性についても、個別の検討を期待する。</p>		
<b>(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養</b>				
12	1			○
<p>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> <p>(特に評価が高い点) (改善が求められる点)</p>				
<b>(5) 機能訓練、介護予防</b>				
13	1	○		
<p>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> <p>(特に評価が高い点) ○隣接する老人保健施設の理学療法士より機能訓練・介護予防について助言、指導を受けて機能訓練や介護予防活動を進めておられます。 (改善が求められる点) ○特になし。</p>		<p>法人内他事業所の理学療法士から指導・助言を受け、生活機能に関するアセスメントを行い、訓練計画書を作成し、その結果を実施報告書に記録して、多職種が連携して機能訓練や予防活動に取り組んでいることが確認できた。</p>		

【 評価項目 】		判断の理由		
	a	b	c	Na
<b>(6) 認知症ケア</b>				
14	1	○		
1 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 (特に評価が高い点) ○タクティールケアやユーマニチュードなど認知症ケアに意欲的に取り組まれ、その経過について「科学的介護推進に関する評価」にて効果測定も行われています。 (改善が求められる点) ○特になし。		職員から「利用者の約30%が認知症の診断を受けている」と聞いたが、職員研修を実施の上、タクティールケアやユーマニチュードなどに取り組み、その経過について「科学的介護推進に関する評価」にて効果測定も行われている。		
<b>(7) 急変時の対応</b>				
15	1	○		
(特に評価が高い点) ○緊急時対応マニュアル・感染対応マニュアル・投票、誤薬防止マニュアル・急変時の連絡先一覧表などが整備され、利用者の異変に迅速に対応できる体制を整えておられます。 (改善が求められる点) ○特になし。		緊急時対応マニュアル・感染対応マニュアル・投票、誤薬防止マニュアル・急変時の連絡先一覧表などが整備され、利用者の異変に迅速に対応できる体制を整えていることを書類及び職員からの聴き取りにより確認できた。		
<b>(8) 終末期の対応</b>				
16	1			○
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。 (特に評価が高い点) (改善が求められる点)		看取りは行っていない。		

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
A-4 家族等との連携						
(1) 家族等との連携						
1	利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	○				コロナ禍という家族等との連携が取りづらい社会情勢下ではあるが、オンライン面会の実施や時間を決めての対面での面会実施など、利用者と家族が疎遠にならないように努めている。家族会等は感染拡大防止のため中止となっているが、これまでの取り組みと現在の社会情勢を加味してa評価とした。
(特に評価が高い点) ○コロナ禍ではありませんが、オンライン面会の実施や時間を決めての対面での面会実施など、利用者と家族の関係維持の為に工夫を凝らしておられます。 (改善が求められる点) ○特になし。						

