

# 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2年1月30日（木）

## ■福祉サービス事業者情報

名 称	ケアハウスめぐみの園	種 別	軽費老人ホーム
代表者氏名	施設長 赤間 克代	開設年月日	平成11年6月1日
設 置 者	社会福祉法人 同朋福祉会	定員(利用人数)	30名(30名)
所 在 地	〒759-2302 美祢市於福町下3267-1		
電 話 番 号	0837-56-5033	FAX番号	0837-56-1810
ホームページアドレス	<a href="http://f-doho.com/">http://f-doho.com/</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

- 法人の理念である「人みな同朋」、「優しい心・ふれあう心・温かい心」のもとに理事長自らが介護現場にその理念を徹底されており、利用者・職員から和気あいあいと楽しく生活されている雰囲気伝わってきました。
- 介護現場での職員不足が今後の大きな問題として浮かび上がるなか、外国人雇用事業に積極的に取り組んでおられます。また、職員のキャリアパス制度を実施し、理事長による職員全員との面接等を行っておられ、職員のモチベーション向上に繋がっています。
- 利用者の生活の質の向上に向けた取組がよくなされており、利用者からのアンケートや聞き取り等を行っておられ、特に食事面においては献立や盛り付けや食器にも工夫がされています。
- 施設内研修、施設外研修と積極的に参加されており、利用者の生活面でのマニュアルも作成されており、職員間での共通理解もされています。

#### ◇改善を求められる点

- 中・長期計画の策定は行われていますが、具体的な数字がはっきりとしていません。施設が今後の見通しを持つために必要な計画です。職員参加のもとで、より詳しい計画を策定されることが期待されます。

## ■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

当園は、観光路線に面した3階建てのホテル感覚が味わえる吹き抜けの床暖房ホールをセンターに明るいパノラマ風建築はご利用者の憩いの場です。  
2階から散歩や、避難場所となっている後ろの公園は、クッション性の遊歩道。四季折々の色とりどりの樹々や花が咲き誇り、東屋では、地域の皆さんとほっと一息できる寛ぎスペース。  
この公園では、グループホームや障害者支援施設の皆さんや地域の方々とフリーケア。春は、花見桜・筍収穫・秋は紅葉狩りを堪能。  
すぐ近くには、法人経営のとの園クリニックがあり、健康管理。法人スタッフのストレスチェック管理なども実施。

# 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	5	b	4	c	0	Na	0
<p>・法人理念、基本方針は明文化され、誰もがすぐに目にできる施設内に掲示されています。また、職員勤務心得を全職員に配布し、朝礼時に唱和するなど周知徹底を図っておられます。</p> <p>・管理者はサービスの質の向上や経営・業務改善に意欲を持たれ、稼働率や財務状況等をしっかりと把握し、会議等において必要な対策を職員に対し指示・周知を行っておられます。</p> <p>・今回、法人として複数の施設で第三者評価を受審され、組織的にサービスの質の向上に関する取組が実施されていることは高く評価されます。今後は、今回の評価内容をもとに、職員全体で組織的に計画的な改善策を実施されることが期待されます。</p>								

II 組織の運営管理	a	16	b	2	c	0	Na	0
<p>・管理者は自らの役割と責任をしっかりと明示され、経営改善やサービスの質の向上に向けての取組を行っておられます。</p> <p>・福祉現場の人手不足に対応すべく、EPA事業にも取り組んでおられ、外国人技能実習生の取組も行っておられます。また、キャリアパス制度や新人職員教育等により職員のレベルアップに積極的に取り組んでおられることは高く評価されます。</p> <p>・今後は、職員個々の目標を明示した内容でレベルアップできる工夫をされることが望まれます。</p>								

III 適切な福祉サービスの実施	a	18	b	0	c	0	Na	0
<p>・法人理念の下、施設全体で利用者本位のサービス提供が実施されており、利用者の聞き取りからもサービスに対する満足度の高さが伺えました。また、利用者に安心・安全に生活して頂くために、各種委員会の開催や災害時訓練等、多くの取組が実施されています。</p> <p>・サービスについては、職員からの情報や本人・家族の意向を基に利用者個々のニーズを的確に捉えた計画書が作成され、評価・見直しもアセスメントに基づいて定期的実施されています。また、介護を必要としない利用者に対してもサービス計画書が作成され、個々の生活における満足度の向上に努められています。</p>								

IV 良質な個別サービスの実施	a	15	b	0	c	0	Na	2
<p>・個別ケアの生活支援の為、マニュアルや資料の作成が良くなされています。また、アセスメントも詳細に記載されており、職員の利用者の生活の質の向上に取り組んでおられます。</p>								

# 第三者評価結果表

施設名 軽費老人ホーム ケアハウスめぐみの園

## 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)            ・明文化されたものが施設内に掲示されるとともに、職員は朝礼時に唱和されています。            ・利用者及び家族は、契約時にパンフレットをもとに説明を受けておられます。</p> <p>(改善が求められる点)            ・ホームページ中の理念、基本方針等をよりわかりやすい大きな文字等で記載されることが望まれます。</p>					

<b>2 経営状況の把握</b>					
<b>(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</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)            ・管理者は、各種会議・研修等を通して、現状や今後の状況を把握し、対応されています。            ・毎月の稼働率、財務状況を把握し、職員に周知し、必要に応じて課題や業務改善に取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点)            特になし。</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)            ・施設全体で職員が参画して、施設長に提案する内容で事業計画を作成しておられ、利用者・家族等にわかりやすくいつでも確認できる状態で施設内に掲示・施設だよりとして配布されています。</p> <p>(改善が求められる点)            ・中長期計画を作成されていますが、それを踏まえての事業計画、収支計画の策定が望まれます。</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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今年度法人内の4事業所で積極的に第三者評価を受審され、評価内容の検討に職員全体で取り組まれています。</li> <li>・職場内での研修年間計画に基づいて、研修の実施、報告書の作成、職員間での研修内容の共有をされ、サービスの質の向上に取り組まれています。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価結果から今後取り組む課題を検討され、職員参画による改善等をより具体的に策定されることが望まれます。</li> </ul>					

## 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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者のリーダーシップのもと、経営改善への取組、サービスの質の向上に向けての努力をされています。</li> <li>・施設長会議・高齢者部会での会議内容を施設での会議で説明され職員に周知されており、サービスの質の向上等に取り組まれています。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <p>特になし。</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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・EPA事業に取り組まれ、人材の確保に努められています。</li> <li>・キャリアパス制度を実施されており、施設長の評価を基にして理事長が職員全員の面談等を実施され、職員の意向を聞いておられます。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員個別の目標設定と到達度の判定等をより具体的に実施されることが望まれます。</li> </ul>					
<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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページや広報誌での情報公開や、顧問税理士の助言を受け適正な経営等に取り組まれています。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <p>特になし。</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)  ・地域の方の施設行事への参加を進めておられ、利用者と地域、施設と地域の関係構築に努めておられます。</p> <p>(改善が求められる点)  ・地域の福祉ニーズの把握に努めるとともに、施設側からも地域に参加していくことが期待されます。</p>					

### 評価対象Ⅲ 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					
<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)  ・法人理念の下、施設全体で利用者本位のサービス提供が実施されており、利用者からの聞き取りからもサービスに対する満足度の高さが伺えました。また、利用者に安心・安全に生活して頂くために多くの取組が実施されています。</p> <p>(改善が求められる点)  特になし。</p>					

2 福祉サービスの質の確保					
<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)  ・職員からの情報や本人・家族の意向を基に、利用者個々のニーズを的確に捉えたサービス実施計画書が作成され、評価・見直しもアセスメントに基づき定期的実施されています。また、介護を必要としない利用者に対してもサービス計画書が作成されており、個々の生活における満足度の向上に努められています。</p> <p>(改善が求められる点)  特になし。</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
<b>A-1 生活支援の基本と権利擁護</b>							
<b>(1) 生活支援の基本</b>							
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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の生活支援のための基本的な資料作りが良くなされています。例えば相談員、施設長を中心に職員が良くまとまっている様子が記録の中に読み取れることや、アセスメントが良くなされていること、それも家族への頻繁な働きかけでなされていることが挙げられます。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族と施設との情報のやり取りに例えば利用者もコメントを書くなど、利用者の参加が図られることが期待されます。</li> </ul>							
<b>(2) 権利擁護</b>							
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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体拘束の禁止、虐待防止、人権の尊重については内部研修等の職員研修もよくなされ、職員に周知を図っておられます。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外国人介護者も増えていく傾向です。普遍化させた意味での職員の人権教育に取り組まれると、職員がより権利擁護について深く認識ができるのではないかと考えられます。</li> </ul>							
<b>A-2 環境の整備</b>							
<b>(1) 利用者の快適性への配慮</b>							
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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・環境のハード面に関しては中長期計画にも挙げられ、メンテナンスの恒常化が図られていました。また、それを実現すべく職員に経費の自覚がされるよう張り紙、広報に節約が呼びかけられていました。</li> <li>・掃除も行き届いており、温度の調節、換気も良くなされていました。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <p>特になし。</p>							



【 評価項目 】		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)            ・利用者のADLの状況に応じた入浴支援がなされています。            ・排せつ支援についてはアセスメントがなされ、各人の個室で対応されています。            ・移動支援についてもアセスメントのうえ、利用者が混雑している時には職員の見守りがなされています。また、福祉用具の定期的な見直しも行われています。</p> <p>(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)            ・利用者の食事への意欲を大切にされていました。また、アンケートでの利用者の期待も、できる限り生かす方向で考えられています。給食会議への利用者の参加も守られ、意見を出して頂く方向で職員が補佐を行っておられました。</p> <p>(改善が求められる点)            ・口腔ケアについては自分でできる方が多いとの把握でしたが、口腔ケアの重要性を考えると、定期的に「どこまでできているか」を把握され、支援を行われたら良いと考えられます。</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)            ・現在、対象者は不在とのことで、マニュアルに沿った予防に気をつけておられます。</p> <p>(改善が求められる点)            特になし。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防活動のメニューが日常生活の中で色々と考えられ、利用者と職員が一緒に取り組まれています。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活の中で様々なADL向上を考えられています。例えばスタンプを集める→コーヒーなど楽しみも多くありますが、職員の考えられた仕組みを利用者と共に膨らませていくと、より楽しくなるのではないかと考えられます。</li> </ul>					

<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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自室の表札は名前の掲示だけでなく花のイラストも添えられ、利用者に分かりやすくされています。</li> <li>・全ての利用者が一緒に行動するのではなく、認知症の有無でグループ分けする場合もあるとのことでした。また、認知症が見られる利用者には見守りを多くし、本人の安全を図ると共にプライバシーに立ち入られたくない利用者の不満を減らす工夫も見られました。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <p>特になし。</p>					

<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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設で働く者にとり、急変時は大きな精神的な不安材料です。マニュアルも整備され、特に実地研修を職員に義務づけられ定期的に研修が行われていることは高く評価されます。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <p>特になし。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(8) 終末期の対応					
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					

A-4 家族等との連携					
(1) 家族等との連携					
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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者家族は施設、職員の働きを高く評価しておられます。また、相談員と家族の間で連絡帳のやり取りがあり、連携が良く取れています。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在、家族会は開催されていませんが、家族会は立場の近似性から来る親しみを感じたり、家族の施設への認識の変化もあるかもしれません。施設と家族の関係性だけで終わるより、家族にとっても施設職員にとっても違う視点、違う接し方が生まれるのではないかと考えられます。</li> </ul>					