

—福祉サービス第三者評価事業—

評 価 結 果 報 告 書

訪問調査日 平成 28 年 1 月 28 日 (月)

施設種別 特別養護老人ホーム

施設・事業所名 梨花の里

評価調査者 (氏 名)
【主任調査者】 佐藤 正昭
【評価調査者】 岡田 久子
【評価調査者】 宮地 正浩

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	平成28年11月28日 (月)

■福祉サービス事業者情報

名 称	特別養護老人ホーム 梨花の里	種 別	介護老人福祉施設
代表者氏名	松尾 暢生	開設年月日	平成21年5月
設置者	社会福祉法人 豊北福祉会	定員(利用人数)	60名
所在地	下関市豊北町大字滝部字東1042番地1		
電話番号	083-784-1000	FAX番号	083-782-0121
ホームページアドレス	http://houhokufukushikai.jp		

■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)

◇特に評価の良い点

施設長の優れたリーダーシップのもと、職員が一丸となって利用者に対するよりよい福祉・介護サービスの提供に取り組んでおられます。特に、職員の研修や育成、人事考課を含めた人事管理システムや各種規程の整備、職種間連携の良さは高く評価できます。介護の質においても、「おむつゼロ」達成の実績や地域生活者としての視点、ユニットに調理員を配置しての家庭的な食事の提供など、たゆまない努力をされておられます。

◇改善を求められる点

現場における手順書や記録類に関しては未整備のものが見受けられます。PDCAを循環させる仕組みの構築と併せて周知徹底のための工夫や改善が望まれます。人手不足や専門性の担保という点においても人材確保は喫緊の課題ではありますが、実習生やボランティアの積極的な受入れを含め、中長期にわたって計画的に取り組むことが肝要かと思われれます。

■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

--

■評価分野別評価結果(分野別の特記事項)

評価報告概要表

I 福祉サービスの基本方針と組織	a	6	b	3	c	0	Na	0
<p>施設長のリーダーシップのもと、地域の実情に即した福祉実践を推進されています。 地域の福祉ニーズや情報を把握、分析され、中長期的な経営戦略のもとで事業計画を策定されています。 理念や基本方針、事業計画の利用者や家族への周知については工夫が望まれます。 サービスの質の向上に向けて、評価結果を踏まえた計画的な改善策の実施については今後の課題です。</p>								

II 組織の運営管理	a	15	b	3	c	0	Na	0
<p>施設長は、福祉サービスの質の向上に意欲的に取り組み、指導力を発揮されています。 研修や育成、考課を含めた総合的な人事管理システムをはじめ、各種規程類の整備など、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ます。 災害時の福祉避難所の届け出をはじめとして地域貢献にも積極的に取り組まれています。 人材確保については大きな課題であり、実習生やボランティアの積極的な受入れ体制の構築をはじめ中長期にわたっての計画的な取組が望まれます。</p>								

III 適切な福祉サービスの実施	a	13	b	5	c	0	Na	0
<p>利用者本位の福祉サービスの提供について、権利擁護の視点にもとづく人権の尊重やプライバシー保護などに関する規程や指針の整備、研修の実施などの体制整備が急がれます。 福祉サービスの提供に関する説明と同意、苦情解決の仕組みについては体制が確保されています。 今後は利用者満足の上に向けての取組が期待されます。 事故防止や感染症の予防、災害時の安全確保対策については、各委員会が中心となって利用者の安心・安全な環境づくりに努めておられます。 福祉サービスの実施方法、実施計画、見直し等については実施体制が確立できていますが、記録の管理体制に関しては一考を要します。</p>								

IV 良質な個別サービスの実施	a	21	b	13	c	0	Na	0
<p>利用者の生活環境づくり、終末期ケア、家族との連携や交流などは特に優れており、積極的に取り組まれています。 日常生活支援面においても、食事、睡眠、健康管理、所持品・預り金の管理、機能回復のサービスなどは秀でています。 今後は、職員間でサービスの質に差が出ないように、サービスの質の均一化や更なる向上に向けての取組が重要です。</p>								

第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム 梨花の里

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
1 理念・基本方針					
(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。					
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) 周知を図るために様々な手段を活用する努力がなされています。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者・家族への周知の方法については工夫が求められます。</p>					
2 経営状況の把握					
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。					
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) 地域における高齢福祉等の情報を収集し、理事会、経営戦略会議、運営会議等で把握、分析されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					
3 事業計画の策定					
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。					
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。	○			
(2) 事業計画が適切に策定されている。					
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) 福祉政策の動向が把握され、中山間地域の状況が事業計画に反映されています。単年度計画は、職員の意見が吸い上げられ、職員間での共有も図られています。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者等へ周知を図るための働きかけや明文化が望まれます。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
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	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) 質の評価委員会が定期的開催され、自己評価が行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 評価結果に基づく改善策が作成され、計画的に改善実施されることが求められます。</p>					

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。					
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。	○		
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。					
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) 事業計画や職務分掌などで施設長の役割と責任が明文化され、会議等で職員への周知も図られています。後継者の育成については重要な役割と認識されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					

2 福祉人材の確保・養成					
(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	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。	○		
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。					
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
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。					
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。	○			
(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。					
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) 人事管理システムが構築されています。人材育成に関する研修計画も、個別、階層別に策定されています。</p> <p>(改善が求められる点) 研修に関する記録類と、実習生受入れマニュアルの整備が望まれます。</p>					

3 運営の透明性の確保		a	b	c	Na
(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	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) 理念や基本方針、事業計画、事業報告、予算、決算などの情報がホームページや広報誌で公開されています。また、外部専門家による指導や内部監査体制も整っています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありませんが、今回の第三者評価受審を契機に、定期的な受審をお勧めします。</p>					

4 地域との交流、地域貢献		a	b	c	Na
(1) 地域との関係が適切に確保されている。					
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。		○		
(2) 関係機関との連携が確保されている。					
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
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。					
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) 「地域に貢献できる施設」が目標に掲げられ、関係団体との連携、福祉ニーズの把握、施設機能の地域還元などの取組が行われています。福祉避難所の届出がなされています。</p> <p>(改善が求められる点) ボランティア受け入れに対する基本指針や民生委員との連携強化が望まれます。</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					
(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。					
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。		○		
(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	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。	○			
(3) 利用者満足の上昇に努めている。					
33	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。		○		
(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。					
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
(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。							
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) ホームページや広報誌により積極的に情報開示がなされています。苦情解決システムが整備されるとともに、利用者に対してはわかりやすい説明を心がけ、同意が得られるように努力されています。事故防止や感染症防止の取り組みが組織的に行われており、安全・安心な環境が提供されています。</p> <p>(改善が求められる点) プライバシーの保護に関する規程や利用者からの相談や意見に対する対応マニュアルの整備が求められます。</p>							

2 福祉サービスの質の確保							
(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	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。		○			
(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	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。		○			
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。							
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) 個別的な福祉サービスの実施計画が他職種連携のもと策定され、提供したサービスの評価・見直しも定期的に行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者に関する記録の管理について、開示請求等への具体的な対応が明示された規程やマニュアルの整備が求められます。</p>							

IV 良質な個別サービスの実施(特養)

【 評価項目 】		a	b	c	Na
A-1 利用者の尊重					
(1) 利用者の尊重					
1	1		○		
2	2	○			
3	3		○		
4	4		○		
<p>(特に評価が高い点) ケアプランには利用者の意見が取り入れられており、利用者本位の姿勢が伺えます。</p> <p>(改善が求められる点) 指示語の多用など言葉遣いには課題が残されています。</p>					

(2) 利用者の権利擁護					
5	1	○			
<p>(特に評価が高い点) 委員会や職員会議を活用されて、段階的に高齢者虐待防止や身体拘束廃止に関する研修が実施されています。</p> <p>(改善を求められる点) 成年後見制度の活用が望まれます。</p>					

(3) 家族との連携・交流					
6	1	○			
<p>(特に評価が高い点) 家族との信頼関係を築くために、行事や外出への参加の呼びかけと交流、写真やたよりの活用などの工夫が見られます。疎遠な家族へも継続的な働きかけがされています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					

(4) 生活環境づくり					
7	1	○			
<p>(特に評価が高い点) ユニット型全室個室でプライバシーが確保されています。私物の持ち込みにより生活の継続性にも配慮されており、利用者の過ごしやすい環境となっています。</p> <p>(改善が求められる点) トイレは共有なので排泄時ケアへの配慮が求められます。また、一部殺風景な居室も見受けられました。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(5) 終末期ケア					
8	1 終末期の場所等の選択に配慮がなされている。	○			
<p>(特に評価が高い点) その時々状況により、家族と十分話し合い、利用者、家族の意向に沿った終末期ケアを実施されています。看取りの実績もあり、看護師の体制も整っています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					

A-2 日常生活支援					
(1) 食事					
9	1 サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	○			
10	2 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	○			
11	3 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	○			
12	4 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) ユニットに調理員が配置されており、利用者の個別の状況や嗜好に応じた食事が提供されています。幅を持たせた食事時間など喫食環境にも配慮されています。</p> <p>(改善が求められる点) 口腔ケアにおける個別ケア計画の作成と計画に基づいたケアの提供が望まれます。</p>					

(2) 入浴					
13	1 入浴は、利用者の身体状況や介助方法など個人的事情に配慮している。	○			
14	2 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。		○		
15	3 浴室・脱衣場等の環境に配慮している。	○			
<p>(特に評価が高い点) 利用者の身体状況に応じて、一般浴、リフト浴、特浴の3種類の入浴方法が提供されています。プライバシーの配慮と看護師との連携の下、利用者の健康状態や身体状況に応じ、個別入浴が行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 決められた日時以外の、利用者の意向に沿った柔軟な対応が期待されます。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(3) 排泄					
16	1	排泄介助は利用者の身体状況や介助方法など個人的事情に配慮している。	○		
17	2	トイレ環境に配慮している。		○	
<p>(特に評価が高い点) おむつゼロ達成時の精神が継続され、安易におむつに頼らない、個別身体状況に応じた排泄介助が行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 共有トイレの便座の清掃やポータブルトイレの使い方は課題です。</p>					
(4) 移乗・移動					
18	1	移乗・移動介助は、利用者の身体状況や介助方法など個人的事情に配慮している。		○	
<p>(特に評価が高い点) 利用者の身体状況に応じた移乗・移動介助が実践されています。職員の腰痛予防のための研修実績もあります。</p> <p>(改善が求められる点) 理学療法士との連携によるサービス実施計画の作成及び記録の整備、情報の共有が課題です。</p>					
(5) 認知症利用者への対応					
19	1	認知症利用者への対応が適切に行われている。		○	
20	2	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	○		
<p>(特に評価が高い点) 認知症介護実践研修を受けた職員がおられ、身体拘束もありません。</p> <p>(改善が求められる点) 個々の状況に応じ、個別で継続的な対応が求められます。</p>					
(6) 整容					
21	1	利用者の身だしなみや清潔への配慮について支援が行われている。		○	
22	2	利用者の個性や好みを尊重し、整容・美容への支援を行っている。	○		
<p>(特に評価が高い点) 毎月、理美容組合の理美容師訪問があります。地域の理美容院の利用も可能です。</p> <p>(改善が求められる点) 食後の身だしなみや口腔ケアについては努力が必要です。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(7) 睡眠					
23	1 安眠できるように配慮している。	○			
<p>(特に評価が高い点) 夜間の排泄等は個別ケアが実践され、安眠への配慮が行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					

(8) 健康管理					
24	1 日常の健康管理は適切である。	○			
25	2 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	○			
26	3 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	○	-		
27	4 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。		○		
28	5 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	○			
29	6 褥瘡の発生予防を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 嘱託医や看護師を中心とした利用者の健康管理体制が整っています。緊急時対応の体制も万全で迅速な対応が可能です。褥瘡発生予防が徹底され、褥瘡ゼロです。</p> <p>(改善が求められる点) 内服薬・外用薬等の薬の目的や性質、効果、副作用、注意事項等に関する適切な情報を得ることが求められます。</p>					

(9) 外泊、外出					
30	1 外出、外泊は利用者の希望に応じて行われている。		○		
<p>(特に評価が高い点) 希望者個別の外出・外泊には配慮されています。地域への外出はユニットごとに行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者主体の外出・外泊のためには、利用者との話し合いとルール化が欠かせません。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(10) 所持金・預かり金の管理					
31	1 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 規程や手順等体制が確立され、適正に管理されています。</p> <p>(改善が求められる点) 小口現金についてはユニットリーダーの負担に対する配慮が求められます。</p>					

A-3 自立支援					
(1) 機能回復					
32	1 利用者の心身の状況に応じた機能回復の支援が適切に行われている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 機能訓練指導員(理学療法士)を中心に、利用者個別に機能の回復・維持支援が適切に行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありませんが、利用者全員への機能回復支援が期待されます。</p>					

(2) 生きがいづくり					
33	1 利用者の余暇活動や生きがいづくりへの支援が適切に行われている。		○		
<p>(特に評価が高い点) ユニット単位でのレクリエーション活動は行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者個別の意向に沿った余暇活動の取り組みが課題です。</p>					

(3) 地域生活への移行					
34	1 利用者の状況に応じ、地域生活への移行についての支援を行っている。		○		
<p>(特に評価が高い点) 地域の関係機関との連携体制が確立されています。</p> <p>(改善が求められる点) 積極的な地域生活への移行支援が求められます。</p>					