

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 30年 10月 24日 (水)

■福祉サービス事業者情報

名 称	オアシスはぎ園	種 別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	施設長 吉本 眞司	開設年月日	昭和54年11月1日
設 置 者	社会福祉法人 山口県社会福祉事業団	定員(利用人数)	100人(91人)
所 在 地	〒759-3611 萩市大井1723-6		
電 話 番 号	0838-28-0088	FAX番号	0838-28-0274
ホームページアドレス	http://iigvodan-vg.jp/hagien/		

■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

- 第三者評価は5回目の受審であり、向上心に溢れる職員の頑張り、より質の高い施設サービスの実現に向けた、組織としての継続的な改善を推進する取組は高く評価できます。
- 法人理念の「その人らしさを大切に」を具現化する中期経営計画と、これに基づく事業計画が丁寧に策定されています。また、施設長のリーダーシップのもと、さまざまな委員会が組織され、マニュアルが整備されており、モチベーションの高い職員によって良質な施設サービスが提供されていることが、清潔感あふれるご利用者の穏やかな表情から伝わってきました。
- 人事考課制度から新たな人事評価制度へと展開されています。また、職員一人ひとりとの面談や個人研修シートの作成活用、チューター制度や資格取得支援制度、カエル運動などは、職員のモチベーションを高めるとともに、働きやすい職場づくりにつながる取組として高く評価できます。
- 「職員防災ポケットブック」の常時携帯は、全職員の防災意識を高めることにつながっており高く評価できます。

◇改善を求められる点

- PDCAサイクルを意識したマネジメントが展開されており、P計画-D実施は高いレベルにありますが、C評価-A改善が十分とは言えません。特にC評価について、事業計画の数値目標は稼働率にのみ設定されており、その他多くの目標には数値目標が設定されていないため、達成状況の把握ができません。事業計画の達成状況をより把握できる数値目標の設定が望まれます。
- 人(特養のご利用者、介護職員)の確保について、法人組織を活かした、さらに効果のある具体的な取組の展開に期待します。

■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

平成18年度から福祉サービス第三者評価を受審し始め、今回で5回目となりました。
3年に1回、受審するたびに新たな課題がみつきり、園全体で改善に向けて取り組んでいます。
法人の理念「その人らしさを大切に」を職員が意識しつつ、当園の強み(行事・外出支援・アクティビティ活動)を活かして今後も利用者の支援に努めてまいります。
「支援する職員、支援される利用者」とともに笑顔で毎日を送っていけることが一番の幸せであり、支援できることを感謝しながら安心できる施設を目指してまいります。

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	9	b	0	c	0	Na	0
<p>○法人理念や基本方針は明文化され、年度初めの職員会議で全職員へ周知されています。ご利用者・ご家族には、誕生会や家族総会で周知されています。また、施設内に掲示されている「基本方針」にはフリガナが付けてあり、ご利用者への周知の努力をされていることは評価できます。</p> <p>○事業経営については、5か年の中期経営計画に基づく事業計画が策定され、職員、ご利用者・ご家族に周知されています。また、目標の達成指標となる月ごとの稼働率や収支状況を職員会議で報告するなどの取組が、全職員が経営に参画する意識の醸成につながっています。</p> <p>○年1回、職員自己評価とご利用者やご家族への満足度調査を実施され、課題を明らかにし、改善、解決に向けて取り組まれていることは、サービスの質向上につながっています。</p>								

II 組織の運営管理	a	17	b	1	c	0	Na	0
<p>○管理者はリーダーシップを発揮して職員と関わっておられ、行われる助言・指導は職員のモチベーションの維持向上につながっています。</p> <p>○人事考課制度から新たな人事評価制度へと展開されています。また、職員一人ひとりとの面談や個人研修シートの作成活用、チューター制度に取り組まれていることは評価できます。</p> <p>○新たな人材確保には苦慮されているとのことですが、職員が定着していることは評価できます。職員定着の要因が究明できると、人材確保のための次の一手につながると考えます。</p> <p>○法人監査室の内部監査、会計監査人の外部監査を受けることによる経営適正化への取組は、高く評価できます。</p> <p>○今後はボランティア活動の活性化や、さらなる地域公益活動の展開を期待します。</p>								

III 適切な福祉サービスの実施	a	17	b	1	c	0	Na	0
<p>○リスクマネジメント検討委員会の活動をはじめ、個別のリスク表や転倒・転落アセスメントシートの活用など、リスクマネジメントの取組は評価できます。</p> <p>○感染症対策について、すべての職員に対して嘔吐処理などの実技を含む研修を実施するなど、万全の体制が整えられていることは高く評価できます。</p> <p>○「職員防災ポケットブック」の常時携帯は、全職員の防災意識を高めることにつながっており高く評価できます。</p> <p>○サービス計画や記録はパソコンで管理されており、職員間で共有しやすい仕組みであるとともに、本部でも確認できるようになっています。</p> <p>○必要なマニュアルが整備されていましたが、作成年月日や変更年月日の記載がなく、見直しや管理が十分ではありません。今後の改善に期待します。</p>								

IV 良質な個別サービスの実施	a	14	b	3	c	0	Na	
<p>○理学療法士が常勤専従職員として配置され、リハビリ室が整備されており、個別機能訓練が丁寧に実施されていることは高く評価できます。</p> <p>○「その人らしさを大切に」の理念のもと、他職種連携による協力体制が取られ、良質な施設サービスが提供されていることが、清潔感あふれるご利用者の穏やかな表情から伝わってきました。また、さらなるサービスの質的向上のためには個別ケアが不十分、認知症ケアのスキルが不足しているとの認識を持たれており、求めておられるサービスの質がより高いところにあると調査を通じて感じました。</p> <p>○施設は築40年が経過しており、環境面では様々な問題があることを認識されています。改善に向けた取組を期待します。</p>								

第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム オアシスはぎ園

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
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	○			
<p>(特に評価が高い点) ご利用者・ご家族に対しては、誕生会や家族総会を通じて周知されています。また、施設内に掲示される基本方針には「フリガナ」が付けてあり、ご利用者への周知の努力が感じられました。業務用車両に表示するなどの工夫も高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</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	○			
3	2	○			
<p>(特に評価が高い点) 毎月、事業所ごとの稼働率について丁寧に分析されています。また、稼働率や収支状況は毎月の職員会議等で職員に周知されています。</p> <p>(改善が求められる点) 稼働率について、退所者が多いとのことでした。北浦地区の状況をふまえ、稼働率安定のため、新規入居者確保の具体的取組が求められます。</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	○			
5	2	○			
(2) 事業計画が適切に策定されている。					
6	1	○			
7	2	○			
<p>(特に評価が高い点) 5か年の中期経営計画と、これに基づく単年度の事業計画が策定されており、職員、ご利用者・ご家族に周知されています。また、ご家族には家族総会においても説明されており、欠席者には書面を発送することで周知をされていました。</p> <p>(改善が求められる点) 事業計画の数値目標は稼働率にのみ設定されており、その他多くの目標には数値目標が設定されていないため、達成状況の把握ができません。事業計画の達成状況をより把握できる数値目標の設定が望まれます。</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) 第三者評価を定期的に受審し、福祉サービスの質の向上に活かされています。また、年1回、職員自己評価とご利用者・ご家族に向けた満足度調査が実施され、その結果が活かされる仕組みもありました。</p> <p>(改善が求められる点) PDCAサイクルを意識したマネジメントを展開されています。P計画-D実施は高いレベルにあります。C評価-A改善のさらなる質的向上を期待します。</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) 会議の議事録に施設長からの助言や指導が記載されており、管理者としての考えを示すとともに、職員のモチベーションの維持向上につながっていると感じました。また、職員不足の現状を捉え、事業の縮小も視野に入れ、業務の見直しや改善に積極的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>					

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) 新たな人事評価制度に取り組み、職員との面談を通じて就業状況や意向を把握しながら、働きやすい職場づくりに積極的に取り組まれています。また、職員一人ひとりの個人研修シートの作成活用や、チューター制度に取り組まれていることは高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) さまざまな実習生の受け入れに対応できるマニュアルの作成と、その活用を期待します。</p>							
3 運営の透明性の確保							
(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) 法人監査室の内部監査、会計監査人の外部監査を受けることによる経営適正化への取組は高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>							
4 地域との交流、地域貢献							
(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) 地域に向けて、出前講座や出張事業を積極的に実施されています。また、隣接する保育園との交流や地域行事への参加を通して、地域と交流されていることは評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) さらなる公益的な取組について、地域ニーズを踏まえて計画を立て、実施されることを期待します。</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) 利用者満足の向上に努めている。					
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。	○			
(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) 年1回、ご利用者・ご家族に対して満足度調査を実施し、結果から改善につなげる取組の実施は評価できます。 リスクマネジメント検討委員会が設置され、個別のリスク表や転倒・転落アセスメントシートの活用など、ご利用者一人ひとりに目を向けたリスクマネジメントの取組は評価できます。 感染症対策について、嘔吐処理対策の実技を含む研修会の実施は評価できます。 「職員防災ポケットブック」の常時携帯は、職員の防災意識を高めることにつながっており高く評価できます。</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							
(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) アセスメントに基づく個別ケアプランが策定されており、定期的な評価、見直しが丁寧に行われています。記録についてもパソコン入力を実施されており、職員間の共有がしやすい仕組みになっていることは評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 必要なマニュアルが整備されていましたが、作成年月日や変成年月日の記載がなく、見直しや管理が十分ではありません。今後の改善と、さらなる活用を期待します。</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 生活支援の基本と権利擁護							
(1) 生活支援の基本							
1	1	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。			○		
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) 業務優先となり、ご利用者とのコミュニケーションが不足していることを課題点として捉え、施設全体で「ご利用者への声掛けに立ち止まる」を実行されています。また、特に配慮を必要とされるご利用者の支援について、職員会議や引き継ぎにおいて個別の申し送りが丁寧に行われています。</p> <p>(改善が求められる点) ご利用者一人ひとりのニーズに沿った個別対応が、偏りなくできるようになることを期待します。</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) 身体拘束廃止委員会を設置し、施設内で虐待防止に関する研修を実施されています。外部研修にも積極的に参加し、権利擁護についての職員の意識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>							
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) 施設は築40年が経過しており、老朽化が認められますが、居室・食堂・談話室などの整理整頓をしておられ、ご利用者の快適性に配慮されています。</p> <p>(改善が求められる点) 今後、ご利用者の快適な暮らしにつながるリニューアルを、可能な範囲でご検討ください。</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) 理学療法士からの助言により、トイレ誘導やオムツ外しに取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者の身体状況に合わせた可能な範囲で福祉用具等を使用し、点検も行われていますが、職員から十分なスペースの確保等が難しく、補助具を使つての移動が上手くできないことがあると聞き取りましたので、改善の余地があると判断しました。</p>							

【 評価項目 】				a	b	c	Na
(2) 食生活							
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) 食事に対する満足度調査を実施するほか、食事中に栄養士が巡回し、ご利用者への声掛けをしていることは高く評価できます。また、歯科医師との協力体制もあり、口腔ケアの指導や助言を受けていることは高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>							
(3) 褥瘡発生予防・ケア							
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) 褥瘡処置に関する経過記録には、文章だけでなく写真が掲載されており、とても分かりやすい記録になっています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>							
(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養							
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。		○			
<p>(特に評価が高い点) 介護職員の資格取得体制を整え、技術向上に努めるとともに、夜間も喀痰吸引が実施できる職員を配置し、体制を強化されていることは評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>							
(5) 機能訓練、介護予防							
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) 理学療法士が常勤専従で配置され、リハビリ室も完備されており、質の高い個別の機能訓練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>							

【 評価項目 】				a	b	c	Na
(6) 認知症ケア							
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) 特になし。</p> <p>(改善が求められる点) すべての職員が認知症ケアを理解し、その対応にバラツキが出ないよう、一人ひとりのさらなるスキルアップが望まれます。</p>							
(7) 急変時の対応							
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) 緊急時対応マニュアルが整備されるとともに、救急救命士による心肺蘇生やAED使用方法の教育・訓練を受けられていることは評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>							
(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。		○			
<p>(特に評価が高い点) 看取り介護について、入所時にご利用者の意思確認をされ、入所後もご家族からの意向に臨機応変に対応ができる体制が整えられています。看取り後には「振り返りの場」を設け、職員の心のケアにも取り組まれており評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>							
A-4 家族等との連携							
(9) 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) 年間を通して、ご利用者とご家族との交流を図ることができるさまざま企画が実施され、多くのご家族に参加していただけるよう働きかけをされています。</p> <p>(改善が求められる点) ご家族にケアカンファレンスに参加してもらえるような取組や働きかけが望まれます。</p>							