

# 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 6年 11月 6日 (水)

## ■福祉サービス事業者情報

名 称	フェニックス	種 別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	施設長 田上 雅史	開設年月日	平成8年4月1日
設置者	社会福祉法人暁会	定員(利用人数)	120名(114名)
所在地	〒751-2887 下関市大字小野64-1		
電話番号	083-256-5336	FAX番号	083-256-5025
ホームページアドレス	<a href="http://www.akatsukikai.com/">http://www.akatsukikai.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

法人理念、基本方針が適切に明文化されており、ホームページ等にも掲載され広く周知が図られています。また、経営状況の把握や分析等についても毎月協議され、組織的に改善策を検討されています。

公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みとして、内部監査の実施や外部の専門家による指導や助言に基づいて、組織的に経営改善が実施されています。

苦情解決の仕組みが確立しており、相談しやすい環境の整備や利用者・家族からの相談や意見に対しても組織的且つ迅速な対応が図られています。

利用者の生活支援については、各支援ごとに適切にマニュアルが整備されており、安全且つ標準的なサービスが提供されています。また利用者の権利擁護に対する取り組みも徹底されており、虐待防止等に関する組織内の意識の高さが伺えます。

#### ◇改善を求められる点

前回受審時同様に、組織体制や施設設備の整備、職員体制、人材育成等に関するビジョンを実現するための中・長期の事業計画だけでなく、それを財務面で裏付けるための中・長期の収支計画の策定が求められます。

法人や施設内の研修計画のみでなく、職員一人ひとりの育成を踏まえた教育・研修に関する基本方針や計画の策定を期待します。

## ■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

感染症対策等を重視した結果、ここ数年で変化したケアや管理の方法が、事業所にどのような影響をもたらしているのかを第三者の視点による評価も必要であると思ひ、前回より5年を経ての受診となりました。

この度受審したことにより、自身では気づき難い細かな点に気づくことが出来、それこそが今後の当施設の成長にとっての一番の成果であったと感じています。また高評価を頂いた項目も多数あり、それらは私どもの強みであり、自信にも繋がるものとなりました。

頂いた結果を総じて、守るべき所・改善するべき所を見定め、入居者様や職員にとって、より環境の良い施設にして参りたいと思っております。

# 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	6	b	3	c	0	Na	0
<p>法人の理念や基本方針は、ホームページへの掲載や施設の玄関に掲示するとともに、法人内研修において理念をテーマとした研修が実施される等、積極的に周知が図られています。</p> <p>経営状況の把握・分析、改善の検討については、各種会議等を通して組織的な取り組みが行われています。</p> <p>計画的に第三者評価等を受審し、福祉サービスの質の向上に努力する姿勢が伺えます。</p> <p>中・長期計画の事業計画だけでなく、財務的裏付けとなる中・長期の収支計画の策定が求められます。</p>								

II 組織の運営管理	a	14	b	4	c	0	Na	0
<p>管理者自らの役割と責任を含む職務分掌が文書化されており、不在時の権限委任等も明確化されています。</p> <p>定期的な法人内部監査の実施により内部牽制体制が確立されています。また、定期的に外部の専門職の助言等を受けることにより、運営の透明性を確保するための取り組みが行われています。</p> <p>法人や施設内の研修計画のみでなく、職員一人ひとりの育成を踏まえた教育・研修に関する基本方針や計画の策定を期待します。</p>								

III 適切な福祉サービスの実施	a	17	b	1	c	0	Na	0
<p>サービスの標準的な実施方法が文書化され、検証や見直しが定期的に行われています。</p> <p>アセスメントについては担当職員と介護支援専門員が協働で作成し、利用者・家族のニーズが反映された施設サービス計画書が作成されています。</p> <p>満足度調査の実施や改善策等の検討については組織的に行われており、フィードバックも速やかに対応されています。</p> <p>非常災害の訓練は、火災訓練のみではなく、自然災害等を想定した訓練も実施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	17	b	0	c	0	Na	0
<p>入浴や排泄、食事等の利用者への支援については各種マニュアルが整備され、標準的なケアの実施が図られています。また機能訓練指導員の助言を受け、残存機能を活かした自立支援の取り組みも行われています。</p> <p>利用者のニーズや喀痰吸引・経管栄養の実施状況を把握され、計画的に介護職員等の喀痰吸引の研修を受講されていることが良質な個別サービスにつながっていると思われれます。</p>								

# 第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム フェニックス

## 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) 毎週月曜日の朝のミーティング時や申し送り時に職員による理念の唱和が行われ、新入職員に対しても理念や基本方針の研修が計画的に実施されている等、組織的に周知が図られています。 (改善が求められる点) 特になし。</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、具体的な取り組みを進めている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 経営状況の把握については、リーダー会議で周知を図り、役職者会議を経て経営者会議にて分析が行われる等、経営課題に関する検討には組織的に取組まれています。 (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) 中・長期の事業計画は、理念や基本方針が明確化されている。単年度の事業計画は、目標管理シートの活用により周知と評価が図られています。 (改善が求められる点) 中・長期の事業計画を財務的に裏付ける中・長期の収支計画の策定が求められます。</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)            計画的に第三者評価の受審が行われ、その結果の分析や改善策等を図る仕組みが組織的に構築されています。            (改善が求められる点)            特になし。</p>							

### 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効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)            管理者の自らの役割と責任を含む職務分掌が文書化され、管理者不在時の権限委任等も含め明確化されています。            (改善が求められる点)            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り組んでいる。		○			

【 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)            新入職員に対してのOJT教育や階層別教育のマニュアルも整備され、組織的に教育・研修体制が構築されています。</p> <p>(改善が求められる点)            法人や施設内の研修計画の立案のみでなく、外部研修を含めた教育・研修に関する基本方針や計画の策定が求められます。また、職員一人ひとりの目標達成度の確認のための職員面接の再開も期待します。</p>					

<b>3 運営の透明性の確保</b>		a	b	c	Na
<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)            定期的に税理士や公認会計士による指導や内部監査の実施等、公正かつ透明性の高い経営・運営が図られています。</p> <p>(改善が求められる点)            特になし。</p>					

<b>4 地域との交流、地域貢献</b>		a	b	c	Na
<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 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。	○			
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。	○			
<p>(特に評価が高い点)            関係機関との連携や情報共有については、システムの活用により効率的且つ効果的な取り組みが行われています。</p> <p>(改善が求められる点)            利用者に対する地域情報の提供やボランティアに対する研修や支援が望まれます。</p>					

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

<b>1 利用者本位の福祉サービス</b>					
<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) サービスの質の向上の目的で年1回満足度調査を実施しています。その結果を組織的に改善する仕組みが構築され、改善結果についても速やかに施設内に掲示しています。 (改善が求められる点) 非常災害時の訓練は火災を想定した訓練だけではなく、地震など自然災害を想定した訓練の実施を期待します。</p>					

<b>2 福祉サービスの質の確保</b>					
<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) 標準的なケアに関する実施方法は文書化され、新人職員は介護技術チェックリストを活用することにより実施方法が確認できます。 (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(特養)

【 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。	○		
(特に評価が高い点) 利用者のニーズを確認し、多職種による行事会議にて利用者一人ひとりに応じた誕生日会を個別に開催しています。 (改善が求められる点) 特になし。					
<b>(2) 権利擁護</b>					
3	1	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	○		
(特に評価が高い点) 年2回不適切なケアについてチェックリストにより自己評価を行い、職員の言動等に対する振り返りや意識の徹底に努めています。 (改善が求められる点) 特になし。					
<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。	○		
(特に評価が高い点) 共同生活室にはソファやパーテーションが設置され、利用者がくつろげる空間が整備されています。また居室の照明の明るさの調整や空調温度調節も行われています。 (改善が求められる点) 特になし。					
<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。	○		
(特に評価が高い点) 入浴や排泄、移動については、利用者・家族の意向を確認し、多職種で支援内容が検討されています。特に機能訓練指導員の介入により、残存機能を活用した自立に向けた取組みが図られています。 (改善が求められる点) 特になし。					

【 評価項目 】				a	b	c	Na
<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)            利用者の嚥下・咀嚼能力については、言語聴覚士が機能評価を行い、本人の意向も踏まえた食事形態の検討が図られています。定期的な歯科医師や歯科衛生士の訪問と、助言・指導を受ける体制があります。</p> <p>(改善が求められる点)            フロアに掲示しているメニュー表の字を大きくするなど、利用者が見やすくなる工夫を期待します。</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)            全利用者の褥瘡リスク評価により褥瘡発生リスクの高い利用者を抽出し、多職種にて適切なアプローチが行われています。</p> <p>(改善が求められる点)            特になし。</p>							

<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。		○			
<p>(特に評価が高い点)            利用者のニーズや喀痰吸引・経管栄養の実施状況が把握され、介護職員等の喀痰吸引の研修の受講が計画的に行われています。</p> <p>(改善が求められる点)            特になし。</p>							

<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)            機能訓練指導員を中心に機能維持や拘縮予防等、利用者の心身の状況に合わせた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
<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)            利用者が落ち着いた生活を送れるよう、座席の配置や居室の選択、馴染みのある家具の設置等、工夫が図られています。            (改善が求められる点)            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)            抗凝固薬や糖尿病薬服用者については一覧表を作成し、薬の副作用やケア時の注意点等も併せて職員へ周知が図られています。            (改善が求められる点)            特になし。</p>					
<b>(8) 終末期の対応</b>					
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)            終末期を迎えた利用者に対しては、個室を準備し面会規制も緩和しています。また、思い出の写真等を飾り、身体的・精神的苦痛の緩和に努めています。            (改善が求められる点)            特になし。</p>					
<b>A-4 家族等との連携</b>					
<b>(9) 家族等との連携</b>					
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)            家族の要望等については施設サービス計画書に反映され、急変や事故発生時等には速やかに詳細を家族に連絡しています。            (改善が求められる点)            特になし。</p>					