

# 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24年2月21日 (火)

## ■福祉サービス事業者情報

名 称	下関市陽光苑	種 別	養護老人ホーム
代表者氏名	苑長 梅岡武治	開設年月日	平成4年11月1日
設置者	下関市	定員(利用人数)	130名(123名)
所在地	〒759-6534 下関市大字永田郷158番地1		
電話番号	083-286-2125	FAX番号	083-286-2625
ホームページアドレス			

## ■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

- 第三者評価の受審は今回が2度目であり、前回受審時の課題について積極的に改善を図っている点は大きく評価できます。特に「体質改善委員会」を設置して各種マニュアル・指針・ガイドライン等を整備または改訂したり、利用者へのサービス提供体制の見直しを行うなどの取組は、当施設の業務改善への強い意欲が伺えます。
- 施設利用者による自治会の設置は、利用者の自主・自立性を尊重し、利用者の満足度を高めるものとして高く評価でき、なおかつその活動を職員がサポートする活動には、職員の利用者の施設生活を側面から支援するという姿勢が見られ、利用者尊重の理念が浸透している証と思われる。

#### ◇改善を求められる点

- 中・長期計画は存在するが、指定管理申請のためのものであり、抽象的な言い回しが多いので、当施設の具体的な将来像を現すものとなれば、より良いと思われれます。
- 職員研修について、職員各人に研修に関する要望を聞いたり、各人毎に研修実績が整理されているのは評価に値するが、職員各人別の研修計画は策定されていないため、ぜひ今後取り組んで頂けると良いと思われれます。
- 利用者の生活支援の原点は「個別の処遇計画」にあり、現在は利用者130人のケアプランを一斉に見直しをされていますが、充実した個別処遇計画作成の為に、充実したカンファレンスとともに、この点の改善が必要と感じます。

## ■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

今回の受審では、委員会活動の中で業務での改善や入苑者の生活の質の向上に取り組んできました。今後も引き続き、これらの取り組みを継続していきます。

下関市陽光苑では、グランドゴルフや各種クラブ活動を通じての地域との交流や、地元自治会との共同開催の夏祭り、日帰り旅行、苑内・外レクリエーションなどを実施し、入苑者が施設において生きがいを持ち、健全で安らかな生活を送ることができるよう努めてまいります。

# 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	10	b	2	c	0	Na	
<p>○理念・基本方針は、施設のめざす方向性をわかりやすく表明されており、また職員・利用者・家族等への周知についても、積極的に取り組んでいます。</p> <p>○計画の策定においては、中・長期計画が指定管理申請のためのものであり、その内容も問題点の把握や課題の設定について、具体性に欠けるのが残念です。単年度の事業計画の策定においては、職員の意見や利用者の要望を確認しながら策定され、周知においても職員会議で説明する、利用者自治会との懇談会で説明する、掲示板に掲示する、家族に送付するなどの方法で積極的に取り組んでいます。</p> <p>○管理者については今年度就任とのことですが、全職員に対する面談の実施などしっかりとリーダーシップを発揮され、また質の向上に意欲を持って取り組んでおられます。</p>								

II 組織の運営管理	a	13	b	7	c	2	Na	
<p>○職員研修について、職員個々人の研修受講希望を確認したり、個人別研修受講実績表を作成している点や、研修委員会を組織して階層別の研修を実施していることは評価できますが、職員個々人をどのように育成するか、方針を立てる意味からも、職員個人別研修計画書を作成されることを期待します。</p> <p>○実習生の受け入れについて、基本姿勢をガイドラインに明記するとともに、各種書式実習計画書を用意して実習生受け入れに関する体制を整備し、なおかつ実習生を積極的に受け入れています。</p> <p>○介護事故や感染症などに対するマニュアル等を整備し、また危機管理委員会を組織して、利用者の安全確保のための体制が整備されており、実際に施設内の危険箇所を利用者向け掲示板に掲示して注意を促すなどのきめ細かい対応を行っています。</p>								

III 適切な福祉サービスの実施	a	16	b	6	c	0	Na	
<p>○利用者の自治会を設置して利用者の自主性の尊重と役割意識の構築並びに生きがい支援につながる取組を行っていることは高く評価できます。</p> <p>○また上記の自治会活動や、職員の担当制、意見箱の設置などから、利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、また結果報告も自治会役員との懇談会での説明や掲示板への掲示などの方法により確実に回答されています。</p> <p>○サービス実施計画の策定については、見直し期間が全利用者一斉であること、及び多職種協働によるカンファレンスの開催が十分とは言い難い点があり、改善を期待します。</p>								

IV 良質な個別サービスの実施	a	18	b	9	c	1	Na	
<p>○コミュニケーションについてのガイドラインを策定したり、利用者自治会役員との懇談会の開催、担当制の採用、食事や入浴に関するアンケートの実施など、利用者の意向確認の機会をしっかりと確保し、利用者との信頼関係構築に努めています。</p> <p>○入浴について、前回の受審以後、冷暖房の設置や転倒防止対策など環境の改善に努めていますが、プライバシー保護という観点では、いまだ改善の余地があると思われます。</p> <p>○健康管理、身だしなみや清潔への配慮、貴重品管理、外出支援など、日常生活支援は適切に行われていますが、居室は2人部屋であり、プライバシー保護の観点からは設備面について課題が残ります。</p>								

# 第三者評価結果表

施設名 下関市陽光苑

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	判断の理由
1	理念・基本方針					
(1)	理念、基本方針が確立されている。					
1	理念が明文化されている。	○				法人の使命・役割を反映した理念が事業計画書・パンフレットに記載され、施設内掲示板に掲示されているのを確認したので、a評価とした。
2	理念に基づく基本方針が明文化されている。	○				施設の基本方針がパンフレットに記載され、また施設内掲示板に掲示されているのを確認したので、a評価とした。
(2)	理念や基本方針が周知されている。					
1	理念や基本方針が職員に周知されている。	○				理念・基本方針を明記した事業計画書を全職員に配付する・朝礼で唱和する・新任職員研修で理念・基本方針の周知を図っていることを、職員からの聴き取りにより確認したので、a評価とした。
2	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	○				理念・基本方針を利用者用掲示板に掲示し、またパンフレットや重要事項説明書に明記しているのを確認し、年度初めには、入所者自治会懇談会で説明していることを、職員からの聴き取りにより確認したので、a評価とした。
2	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。					
1	中・長期計画が策定されている。	○				中長期計画はあるが、指定管理制度の申請のためのものであり、内容も問題点の把握や課題の設定において具体性に欠けているので、b評価とした。
2	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	○	-			指定管理制度の申請に添付されている「中・長期計画」が中・長期計画書として十分とは言えないが、年度事業計画がこれを踏まえて策定されていることを職員からの聴き取りにより確認したので、a評価とした。
(2)	計画が適切に策定されている。					
1	計画の策定が組織的に行われている。	○				年度事業計画の策定において、職員会議の場で現計画を評価し、また次年度計画案を協議していること、また「入所者自治会」の意見を反映するようにしていることを、書面及び職員からの聴き取りにより確認したので、a評価とした。
2	計画が職員や利用者等に周知されている。	○				年度事業計画等について、施設内掲示板に掲示し、職員会議や入所者自治会懇談会にて説明され、また家族には配付されていることが、書面や職員からの聴き取りにより確認できたので、a評価とした。

【 評価項目 】		判断の理由			
		a	b	c	Na
3	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。				
9	1 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	○			
10	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。				
11	1 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	○			
12	2 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	○			

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

1	経営状況の把握と開示				
(1)	経営環境の変化等に適切に対応している。				
13	1 事業経営をとりまき環境が的確に把握されている。	○			
14	2 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	○			
15	3 外部監査が実施されている。			○	
16	4 運営内容の開示が適切に行われている。	○			
2	人材の確保・養成				
(1)	人事管理の体制が整備されている。				
17	1 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。		○		

【評価項目】		判断の理由	
a	b	c	Na
18	2 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。		
		○	人事考課は実施されていないので、c評価とした。
19	(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
1	職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	○	有給休暇の取得状況や時間外勤務のチャェック、並びに管理者(施設長)が全職員に対して、要望及び業務改善についての聞き取りを行っていることを書面及び職員からの聞き取りにより確認したので、a評価とした。
20	2 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	○	山口県健康福祉財団の福利厚生事業や福祉医療機構退職共済制度、全国社会福祉事業団協議会の年金共済に加入している。また職員親睦会活動も行っていることを職員からの聞き取りにより確認できたので、a評価とした。
21	(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
1	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	○	事業計画等に職員の育成に関する基本方針が明記されているが、その方針をどのように展開させるのか具体性に懸けると判断し、b評価とした。
22	2 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	○	職員個々に受講したい研修の希望を聞いて研修委員会が研修計画を立案し、研修受講後は各人別に受講実績が整理されていることを書面及び職員からの聞き取りにより確認したが、職員個人別研修計画書の策定までには至っていないことも確認したので、b評価とした。
23	3 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	○	研修委員会を設け研修後の報告会を行うとともに、職員各人別の研修受講状況の一覧表など整備し、次年度に向け準備されていることが書面にて確認できたので、a評価とした。
24	(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
1	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	○	実習生受け入れに対する基本姿勢をガイドラインに明記し、また実習に関する各種書式等が用意されているのを確認したので、a評価とした。
25	2 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	○	オリエンテーション書式・実習計画書等が用意され、積極的に実習受け入れを行っているっており、平成23年度は6名の実習実績もあることを、書面及び職員からの聞き取りにより確認できたので、a評価とした。
26	3 安全管理		
	(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
1	緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者などの安全確保のための体制が整備されている。	○	リスクマネジメントに関する指針を策定し、毎月1回の危機管理委員会を開催して職員研修を企画するなどの活動や感染症等の各種マニュアルが整備されていることを、書面及び職員からの聞き取りにより確認できたので、a評価とした。
27	2 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	○	危機管理委員会でのヒヤリハットに対する検討を行っていることや、施設内外危険箇所などのマップ作成など、利用者の安全確保のための体制が整備され、実践されていることが書面や施設内巡回で確認したため、a評価とした。

【 評価項目 】		判断の理由				
4	地域との交流と連携	a	b	c	Na	
<b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>						
28	1 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	○				「地域との交流と連携についてのガイドライン」が整備され、地域自治会やボランティア団体との共催行事や夏祭り、敬老祝賀会、地区文化祭、地域清掃への参加など、積極的な関わりが書面等にて確認できたので、a評価とした。
29	2 事業所が有する機能を地域に還元している。	○				地域に対して、施設の持つ機材の貸し出し、施設内勉強会への参加案内、地域清掃への参加などの取り組みを行っていることを確認したので、a評価とした。
30	3 ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		○			ボランティア受け入れに関するガイドラインは整備されているが、事前説明や受け入れに関する研修など記録として確認できなかった為、b評価とした。
<b>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>						
31	1 必要な社会資源を明確にしている。	○				関係機関・団体の一覧表を作成し、パソコンにて自由回覧できる環境にある。また利用者にもわかりやすいように、時刻表や料金表などを掲示して利用しやすいように配慮していることが施設巡回にて確認できたので、a評価とした。
32	2 関係機関等との連携が適切に行われている。		○			関係機関・団体等との連携が図られ、利用者家族との信頼関係は築かれているものの、具体的な課題や事例検討について十分でないかと判断し、b評価とした。
<b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>						
33	1 地域の福祉ニーズを把握している。		○			地域の関連機関・自治会との連携を図っているが、その頻度、又ニーズの把握状況等について、積極的な関わりとしては不十分であると判断し、b評価とした。
34	2 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。		○			行政からの依頼による短期宿泊事業や、地域交流行事としての夏祭り・交流会・敬老会等の開催などを行っているが、福祉ニーズを把握する為の取り組みそのものが十分とは言えないと判断し、b評価とした。

**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		判断の理由				
(1)	利用者を尊重する姿勢が明示されている。	a	b	c	Na	
35	1 利用者を尊重した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。	○				基本理念や基本方針に利用者尊重の姿勢を明記し、研修委員会の企画により虐待等利用者の人権に係る職員研修等を行って職員間の周知を図っていることを書面及び職員からの聞き取りにより確認したので、a評価とした。
36	2 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	○				プライバシー保護に関するマニュアルを整備し、研修委員会の企画による職員研修も行っている。また職員からの聞き取りの際に、利用者のプライバシー保護に関する取り組み事例なども確認したので、a評価とした。

【 評価項目 】		判断の理由			
(2)	利用者満足の向上に努めている。	a	b	c	Na
37	1 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	○			
38	2 利用者満足の向上に向けた取組を行っている。	○			
39	(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。				
	1 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	○			
40	2 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	○			
41	3 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	○			
42	2 サービスの質の確保				
	(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。				
43	1 サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	○			
44	2 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	○			
45	3 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	○			
46	(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。				
	1 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	○			
	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。	○			

【 評価項目 】		判断の理由			
(3)	サービス実施の記録が適切に行われている。	a	b	c	Na
47	1 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	○	○		
48	2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○			
49	3 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	○	○		
<b>3 サービスの開始・継続</b>					
<b>(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</b>					
50	1 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	○			
51	2 サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	○			
<b>(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。</b>					
52	1 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	○			
<b>4 サービス実施計画の策定</b>					
<b>(1) 利用者のアセスメントが行われている。</b>					
53	1 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	○			
54	2 利用者の課題を個別のサービス場ごとに明示している。	○			
<b>(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。</b>					
55	1 サービス実施計画を適切に策定している。		○		
56	2 定期的なサービス実施計画の評価・見直しを行っている。		○		



IV 良質な個別サービスの実施(高齢者福祉施設)

【評価項目】		判断の理由	
A-1	利用者の尊重	a	Na
<b>(1) 利用者の尊重</b>			
1	利用者や信頼関係を構築するための取組が積極的に行われている。	○	
2	利用者の意向を十分に尊重している。	○	
<b>(2) 利用者の権利擁護</b>			
3	1 利用者の権利を擁護する具体的な取組が行われている。	○	
<b>(3) 家族との連携・交流</b>			
4	1 家族との連携・交流が積極的に行われている。	○	
<b>(4) 生活環境づくり</b>			
5	1 利用者が過ごしやすい環境づくりに取り組んでいる。	○	
<b>(5) 終末期ケア</b>			
6	1 終末期の場所等の選択に配慮がなされている。	○	
<b>A-2 日常生活支援</b>			
<b>(1) 食事</b>			
7	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。	○	
8	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工夫されている。	○	
9	3 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	○	

【 評価項目 】		判断の理由			
(2) 入浴		a	b	c	Na
10	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。	○			
11	2 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	○			
12	3 浴室・脱衣場等の環境に配慮している。	○			
<b>(3) 排泄</b>					
13	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。	○			
14	2 トイレ環境に配慮している。	○			
<b>(4) 移乗・移動</b>					
15	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。	○			
<b>(5) 外部介護サービスの利用</b>					
16	1 外部の介護サービスの利用ができるよう必要な支援を行っている。	○			
<b>(6) 認知症利用者への対応</b>					
17	1 認知症利用者への対応が適切に行われている。	○			
<b>(7) 整容</b>					
18	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。	○			
19	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。	○			

※ BPSDとは、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementiaの略で、認知症に伴う徘徊や妄想・攻撃的行動・不潔行為・異食などの行動・心理症状のこと

【 評価項目 】		判断の理由			
		a	b	c	Na
<b>(8) 睡眠</b>					
20	1 安眠できるように配慮している。	○			
<b>(9) 健康管理</b>					
21	1 日常の健康管理は適切である。	○			
22	2 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	○			
23	3 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	○	-		
<b>(10) 外泊、外出</b>					
24	1 外出、外泊は利用者の希望に応じて行われている。	○			
<b>(11) 所持金・預かり金の管理</b>					
25	1 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	○			
<b>A-3 自立支援</b>					
<b>(1) 機能回復</b>					
26	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。	○			
<b>(2) 生きがいづくり</b>					
27	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。	○			
<b>(3) 地域生活への移行</b>					
28	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。	○			

