

第三者評価結果表

施設名 下関市陽光苑

評価対象 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	1					理念は明文化され、法人の使命が文書や広報誌に記載、施設内へ掲示されていることが確認できたため、a評価とした。
2	2					理念に基づいた基本方針が明文化され、広報誌の記載や施設内に掲示されており、職員の行動規範となるような具体的な内容、かつ整合性が確保されていたため、a評価とした。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1					施設内への掲示、事業計画書の配付を行うとともに、朝礼時には職員が唱和を行い周知徹底が図られていると確認できたため、a評価とした。
4	2					利用者や家族に文書が配付されているが、分かりやすい説明や継続的な取り組みが十分でない判断し、b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。						
5	1					3年間の中・長期計画が策定され、文書として確認できたため、a評価とした。
6	2			-		単年度の事業計画が中・長期計画を反映したものとなっていることが確認できたため、a評価とした。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1					事業計画は、利用者のニーズを反映したものとなっているが、職員参画のもとで評価・見直しなど組織的に策定する体制は十分でない判断し、b評価とした。
8	2					職員には、職員会議などで説明を行い、利用者には施設内への掲示などで周知されているが、家族に対しては具体的な取り組みは十分でない判断し、b評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
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。					運営規程に自らの役割と責任を記載し、また、職員会議などでも表明している。職員からのヒアリングにおいても確認できたため、a評価とした。
10	2 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。					遵守すべき法令などについては概ね理解されていたが、リスト化や職員への周知などの取り組みは十分でないと判断し、b評価とした。
(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り組みに指導力を発揮している。					ボトムアップの経営方針のもと、資質の向上を図るため、施設内に「体質改善委員会」を設置し、委員会が開かれ改善にむけての取り組みを行っているが、評価や見直しといった点で十分でないと判断し、b評価とした。
12	2 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。					体質改善委員会などで、経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みはあるものの、具体的な課題や分析について十分でないと判断し、b評価とした。

評価対象 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 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。					社会福祉事業の動向を的確に把握し、職員間でその情報を共有する環境を整えており、事業計画の中にも反映されていることが確認できたため、a評価とした。
14	2 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。					経営状況を具体的に把握・分析する取り組みが具体的に行われており、その結果を職員に研修や会議で説明し、周知されていると判断し、a評価とした。
15	3 外部監査が実施されている。					外部監査は実施されていないため、c評価とした。
16	4 運営内容の開示が適切に行われている。					運営内容などが適切に掲載された情報誌が発行され配布されているとともに、事務所などに備え付け自由閲覧できる環境であるが、ホームページは未開設であり、情報の外部発信について十分でないと判断し、b評価とした。
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。					運営規程などの書類に、必要な人材に関する資格や要件に関して明記してあるが、施設として計画に基づいた人事管理は十分でないと判断し、b評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
18	2					人事考課は実施されていないので、c評価とした。
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。						
19	1					有給休暇の取得状況や時間外労働に関して毎月チェックされているが、職員の就業状況や意向を聞くなどの個別対応等の機会や、その結果を分析・検討し改善に向けたプランの取り組みについては十分でない判断し、b評価とした。
20	2					山口県健康福祉財団、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制度に加入しているため、a評価とした。
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。						
21	1					中・長期計画の中で、職員の人材育成は明示されているが、教育・研修等の明示が十分でない判断し、b評価とした。
22	2					職員の経験年数、職務に配慮した研修を行っているが、個別の職員に対して教育・研修計画が組織的に取り組まれているものではない判断し、b評価とした。
23	3					研修終了後の報告が十分にできておらず、評価や見直しが定期的に行われていると確認できなかったため、c評価とした。
(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。						
24	1					実習生受け入れに関する基本姿勢は明示されており担当者も設置しているが、マニュアルの整備が十分でない判断し、b評価とした。
25	2					実習生の受け入れはあるが、実習生の多様な種別に対するプログラムの準備等、育成についての取り組みは十分でない判断し、b評価とした。
3 安全管理						
(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。						
26	1					利用者の安全確保のために、リスクマネジメントに関する指針を策定し、リスクの種類や場面に応じたマニュアルを整備し、危機管理委員会を設置し、組織を挙げて取り組んでいる事が確認できたため、a評価とした。
27	2					毎月、危機管理委員会を開催し、「ヒヤリハット事例」についての検討や要因の分析と対応・評価などについて組織的に見直す体制が整備されていることが確認できたため、a評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
4 地域との交流と連携						
(1) 地域との関係が適切に確保されている。						
28	1 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。					地域との関わりについての基本姿勢が基本方針や「地域との交流と連携についてのガイドライン」の中に明示され、地域自治会やボランティア団体・学校などとともに、利用者が地元行事へ参加するなど積極的な関わりが確認できたため、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。					施設が持つ機材の地域への貸し出しや、福祉に関する相談の受付、利用者の地域清掃など積極的還元がなされていると判断し、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対しての手順書はあるが、研修や事前説明といった点や、マニュアル化が十分でないため、b評価とした。
(2) 関係機関との連携が確保されている。						
31	1 必要な社会資源を明確にしている。					関係機関・団体などの一覧表が事務所内に保管され、自由閲覧できる環境にあり、全職員に配付するなど周知徹底がされていると確認できたため、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。					関係機関や地域団体などとの定期的な連携は図られているが、具体的な問題解決の検討や取り組みは十分でないとして判断し、b評価とした。
(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。						
33	1 地域の福祉ニーズを把握している。					地域の各種機関との連携をもちながら、あるいは相談事業の実施を通して地域の福祉ニーズを把握しているが積極的にニーズを把握しているという点では十分でないとして判断し、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。					地域ニーズに基づいて、ゲートボール交流会・敬老祝賀会の開催などが行われているが、取り組みとして十分とはいえないとして判断し、b評価とした。

評価対象 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。						
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り組みを行っている。					理念・基本方針に利用者尊重の姿勢は明示されているが、施設内での共通理解や周知についての取り組みは十分でないとして判断し、b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。					マニュアルが整備され事務所にも保管するなどの周知に対する取り組みはあるが積極的な活用や職員の共通理解のための研修等は行っておらず、取り組みとして十分でないとして判断し、b評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
(2) 利用者満足の上昇に努めている。						
37	1 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。					施設内に「老人自治会」を設置するといった取り組みや、面会者にアンケートの協力を依頼する、意見箱の要望に対して、回答・改善していくよう努めているなどの取り組みが整備されていることが確認できたため、a評価とした。
38	2 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。					アンケート調査や意見箱の要望についてなどの結果を掲示、老人自治会との懇談内容を職員に回覧するなど利用者満足の上昇につとめているが、検討会議記録などの整備が十分でない判断し、b評価とした。
(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。						
39	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。					利用者への相談援助に関するガイドラインを策定し、職員に活用されている。また、職員による個別相談が実施されており、3ヵ月毎に職員の担当を変え、利用者が意見などを述べやすい環境が整備されていることが確認できたため、a評価とした。
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。					苦情解決の体制が整備され、掲示板などに明示し、苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族にフィードバックしており苦情解決の仕組みが整備されていることが確認できたため、a評価とした。
41	3 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。					苦情解決の仕組みが構築されておりそれに基づいて迅速に対応しているが、意見や提案のあった事柄について職員会議で検討されているものの、サービス改善に十分反映できているとは言えない判断し、b評価とした。
2 サービスの質の確保						
(1) 質の上昇に向けた取り組みが組織的に行われている。						
42	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。					サービス内容について、第三者評価基準を用い、定期的に評価を行う体制が整備されているが、PDCAサイクルを継続して実施するまでには至っていないと判断し、b評価とした。
43	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。					職員会議・体質改善委員会などで取り組む課題を共有し改善に努めているものの、それらを文書化するなどの体制整備が十分でない判断し、b評価とした。
44	3 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。					改善問題について、職員間で分析・検討するなどの努力はされているが、改善計画の策定など課題が確認されたため、b評価とした。
(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。						
45	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。					各種業務マニュアルが整備され、それに基づいてサービスの提供を行うよう心がけてはいるが、実施状況を確認する組織的な仕組みや取り組みが十分でない判断し、b評価とした。
46	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。					定期的または随時に職員会議などで検討・見直しが行われているが、改善された内容についてのマニュアル整備までには至っていないと判断し、b評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	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。						
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。					利用者個別のアセスメントシート、支援計画、経過記録、担当者会議録などの記録がされているが、職員間で記録内容の工夫や共通理解のもとの活用という点で十分でないとして判断し、b評価とした。
48	2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。					記録は適切に保管管理されていることが確認できたが、記録管理に関する管理体制についての規程が定められていないため、c評価とした。
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。					利用者の状況に関する情報については、回覧にて職員への周知をしているが、情報を共有するための組織的な仕組みの整備については確認できなかったため、c評価とした。
3 サービスの開始・継続						
(1) サービス提供の開始が適切に行われている。						
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。					パンフレットを市役所に配置したり、地区民生委員や関係機関ケースワーカーなどにも配布し説明を行っていることや、見学者を希望に応じて受け入れるなどの取り組みが確認できたため、a評価とした。
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。					利用開始時に、重要事項説明書等を説明し、利用者や家族に同意を得ているが、理解しやすい工夫や配慮という点で十分と判断するに至らなかったため、b評価とした。
(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。						
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。					担当者を定め、施設変更や家庭復帰などの希望に応じて、その後の相談にのるなどの継続性への配慮がみられるが、相談方法や説明内容を記載した手順書などの文書の整備までには至っていないため、b評価とした。
4 サービス実施計画の策定						
(1) 利用者のアセスメントが行われている。						
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。					統一した様式により半年に一度はアセスメントを行っていることが確認できたが、手順が定められていないため、b評価とした。
54	2 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。					個別支援計画にニーズや課題を明示し、記録されていることを書面により確認できたため、a評価とした。
(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。						
55	1 サービス実施計画を適切に策定している。					利用者の個別支援計画が策定されているが、利用者参加への配慮が不十分で、手順や仕組みや体制が十分に機能していないと判断し、b評価とした。
56	2 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。					定期的な評価・見直しはされているものの、手順が定められておらず、十分機能していないと判断し、b評価とした。