

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	1	○				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	2	○				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。						
3	1	○				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。
4	2	○				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。						
5	1		○			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。
6	2	○	-			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。						
7	1	○				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。
8	2	○				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 】		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	○				管理者の役割と責任について運営規程に明記するとともに、職員会議録やミーティングノートに管理者がリーダーシップを発揮している記述があり、また施設広報誌に自らの役割と責任について表明しているのを確認したので、a評価とした。
10	2		○			遵守すべき法令等のリストは作成され、また管理者が法令遵守の観点での研修会に積極的に参加していることは確認できたが、職員からの聴き取りにより、職員に対する各種法令の内容理解の取組が不十分であると判断し、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	○				管理者は、各種会議や行事に積極的に参加し、リーダーシップを発揮して意欲的にサービスの質の向上に取り組んでいることを、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。
12	2	○				管理者は、職員全員と面談して業務改善等に関する意見を聞き、必要あるものは職員会議等で回答・指示するなど、意欲的に業務の効率化や改善に向けた取組を行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。

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	○				各種メディアや研修会参加等により、事業経営を取り巻く環境の把握に努めており、研修報告や回覧によって職員への周知を行っ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。
14	2	○				月次決算報告のほか、職員会議にて年度決算、次年度予算についても説明等行っており、また管理者による職員全員との面談など業務改善に向けて職員から意見の出しやすい雰囲気づくりに努めていることが、書面及び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。
15	3			○		外部監査は行われていない為、c評価とした。
16	4	○				運営状況や収支結果等、事業所内掲示及び広報誌への掲載されている。また毎年の事業報告について家族へ送付していることが、現場確認及び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。
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		○			運営規程等に必要の人材に関する資格や要件に関して明記し、また人材育成として職種別の研修計画を策定しているものの、組織としての具体的な人事管理や人員体制についてのプランの整備が不十分であると判断し、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。
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。						
19	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。
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。						
21	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掛けると判断し、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。		○			職員個人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。
(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。						
24	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。
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。						
26	1 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者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為に体制が整備され、実践されていることが書面や施設内巡回で確認したので、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。
(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・団体の一覧表を作成し、パソコンにて自由閲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判断し、b評価とした。
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。						
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いえずと判断し、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						
(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聴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。また職員からの聴き取りの際に、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 】		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。	○			「入所者自治会」を設置し、その自治会と施設職員の懇談会を持つ、意見箱の設置、面会者アンケートの実施などの取組を行っており、利用者満足度の確認の為の仕組みがきちんと整備されていることを確認したので、a評価とした。
38	2	利用者満足の上昇に向けた取組を行っている。	○			上記の取組により、掲示物の開示方法や、喫煙場所の移設など具体的な取組の結果が、施設内視察や利用者からの聴き取りにより確認できたので、a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整備し、利用者毎の職員の担当制、意見箱の設置等を行い、また「入所者自治会」が設置されているので、個別に意見が出しにくい場合は、自治会を通じて意見が出せるように配慮しているため、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。	○			苦情解決責任者・苦情受付担当者・苦情解決第三者委員について施設内に掲示する等の方法で周知され、また苦情の内容及び改善への取組経過については詳細を苦情記録に記載していることを書面等により確認できたので、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。	○			入所者自治会役員と職員との懇談会や意見箱からあげられた要望等について、入所者自治会懇談会にて回答していること、また喫煙スペースの変更等対応の実例について確認できたので、a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組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。	○			第三者評価も2回目の受審であり、サービス内容について定期的に評価する体制が整備され、評価結果の分析、検討については組織的に全職員にて行っていることが、書面により確認できたので、a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。	○			「自己評価」や「第三者評価」の結果に対し、体質改善委員会を設置して改善すべき課題を明らかにするとともに、その改善に取り組んでいることを、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。
44	3	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。		○		評価結果から明確になった課題に対する改善について、体質改善委員会を設置して取り組んでいるものの、中・長期計画や事業計画における具体的な表記が不十分であると判断し、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は整備されているが、それに基づくサービス提供について、実施できていることとできていないことがあることを、職員からの聴き取りにより確認したので、今回は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。	○			職員会議や体質改善委員会等で随時見直しを行い、マニュアル等の整備・改訂につなげていることを書面及び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 】		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		○			「ケース記録」「夜間引き継ぎノート」「ミーティングノート」など、記録の整備がなされているが、日々の状況の記録が主であり、サービス実施計画の実施状況に関する記録という観点からは十分とはいえずと判断し、b評価とした。
48	2	○				運営規程に「記録の整備」に関して規定し、「個人情報保護規程」「施設内で個人情報に関する資料一覧」なども整備されていることを書面等により確認したので、a評価とした。
49	3		○			引き継ぎや申し送り、回覧等は行われ、パソコンにて情報の共有を行っているが、多職種協働のケアカンファレンスの開催など部門横断的な取組が不十分と判断し、b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	○				パンフレットを市役所、地区民生委員、関係機関ケースワーカー等に配布し、また見学者などの受け入れを行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。
51	2	○				入所時ガイドラインを策定しており、それに沿った重要事項説明書、貴重品管理、介護認定申請、施設体制などの説明をし、利用者、家族の同意を得るように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) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。						
52	1	○				退所時のガイドラインを策定し、また「退所のしおり」を用意して、利用者や家族が理解しやすいように配慮していることを職員からの聴き取り等により確認したので、a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	○				「ケアプラン立案時のアセスメントについて」という手順書を整備し、統一した様式に沿って6ヶ月毎にアセスメントを行っていることを確認したので、a評価とした。
54	2	○				アセスメントに基づき、利用者の意向を反映した個別援助計画を策定しており、計画書(ケアプラン)には利用者のニーズや課題が明示されているのを書面により確認したので、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		○			「ケアプラン作成に際しての指針」を作成し、処遇計画(ケアプラン)を策定しているが、130名同じ時期に見直し策定を行っており、多職種協働によるカンファレンスの開催も不十分であると判断し、b評価とした。
56	2		○			6ヶ月ごとの見直しを行っているが、その根拠となる記録が、日々の状況記録程度であり、処遇計画の実施状況や進捗状況、月ごとのモニタリングの記録やカンファレンス等の開催が不十分であると判断し、b評価とした。