

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
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 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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念、基本方針は、職員会議等で配布し説明されている。また、職員朝礼で唱和され周知・徹底している。 ・入所者、家族に対しては、入所時に重要事項説明書で説明し、施設内に掲示する等で周知されている。 <p>(改善が求められる点)</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 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、具体的な取組を進めている。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指定管理者申請・中長期計画の策定過程等で、施設利用者数の推移、利用者像の分析を行い、事業環境と経営状況の把握・分析がなされている。 ・事業計画書、決算資料で、施設の経営課題を明確にし、職員会議で説明検討を行い、法人理事会に報告している。 <p>(改善が求められる点)</p> <p>特になし</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 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。	○			
(2) 事業計画が適切に策定されている。					
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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・数値目標や具体的な成果を設定した中長期事業計画が策定されている。 ・事業計画は、担当者を定め職員のアンケートや各活動の反省を基にして作成されている。 <p>(改善が求められる点)</p> <p>特になし</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。	○			
(特に評価が高い点) ・福祉サービス第三者評価を定期的に受審し、評価内容を体質改善推進委員会で分析し、改善課題を明確にして事業計画に反映させている。 (改善が求められる点) 特になし					

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。	○			

(特に評価が高い点)
 ・老人福祉施設協議会の会報等を活用して、最新情報を収集し、職員の理解を図っている。また、法令遵守ガイドラインを定め、施設長による法令遵守研修を行っている。
 ・施設長は、全職員に業務目標を定め、それに基づいた面談を実施し、業務改善の実効性を高める指導を行っている。

(改善が求められる点)
 特になし

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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は毎年、職員の個人面談を行い、職員の意向・意見を聴取している。 ・研修ガイドラインを策定し、職場内研修、職場外研修、新任研修が計画的に実施されている。また、研修参加時は勤務シフトに配慮がなされている。 <p>(改善が求められる点)</p> <p>特になし</p>					

3 運営の透明性の確保		a	b	c	Na
(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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人のホームページを通じて、事業報告、収支報告、提供するサービス内容等が公開されている。また、広報誌、パンフレット等で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。 <p>(改善が求められる点)</p> <p>特になし</p>					

4 地域との交流、地域貢献		a	b	c	Na
(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上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) ・地区自治会と連携し、地域の夏祭りを施設のグラウンドで共同開催している。また、地区の高齢者を敬老行事へ招待する取組や地区文化祭への参加等、地域の福祉向上のための様々な活動を行っている。</p> <p>(改善が求められる点) ・併設デイサービスで、自主事業として介護保険対象外の高齢者の利用を受け入れているが、法定外の公益的的事业(配食サービス、認知症カフェ等)の実施が望まれる。</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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委員会・ガイドライン・マニュアル等を開催・整備され、職員全体が理解して取り組む姿勢がとられている。 ・法人全体で利用者主体のサービス提供を目指している。 <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ハード面で居室が2人部屋となっており、居室面積も狭くプライバシー等への配慮も建物の特性により制限されている。 					

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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・規定・マニュアル等が整備され、それに基づいて福祉サービスの質の向上を目指している。 <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報の共有化という点で、各部署間でのパソコン等を利用しての情報一元化を行うことも検討課題である。 					