

# 第三者評価結果表

施設名 障害者支援施設 華南園

## 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
<b>1 理念・基本方針</b>						
<b>(1) 理念、基本方針が確立されている。</b>						
1	1	○				法人の理念を明文化しており、事業計画、パンフレット、ホームページ上で施設内外に公表するとともに、職員の行動規範の周知に取り組んでいる。
2	2	○				年度ごとに、理念や福祉サービスに関する基本方針を振り返るとともに新年度の基本方針を策定し、事業計画、パンフレット、ホームページ上で、施設の基本的な姿勢を明らかにしている。
<b>(2) 理念や基本方針が周知されている。</b>						
3	1	○				理念や基本方針を書面で職員に配布し、職員会議等で周知を図っている。また、新任職員や就業希望者についても、事前に施設見学を行い、面接時に説明し周知を試みている。
4	2	○				利用者の自治会である「話し合おう会」を月末に開催するための事前ミーティングを開いたり、保護者には年2回開催される保護者会総会や個別面会等で、わかりやすく説明している。保護者との連絡が取りにくい場合は電話による連絡をしている。
<b>2 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>						
5	1	○				法人として5年間にわたる「中・長期経営計画」を策定している。
6	2	○				中・長期計画の内容を基に事業計画を策定し、当該年度において取り組む事業内容を具体的に明示している。
<b>(2) 計画が適切に策定されている。</b>						
7	1	○				全職種の職員や利用者・保護者の意見を取り込めるよう、組織的に計画の策定、運営、見直しが行なわれており、9月と4月には方針のフィードバックを全職員が再確認できている。
8	2	○				職員会議等で口頭さらに文書を回覧し職員に周知を行い、利用者には自治会の「話し合おう会」・保護者会等で分かりやすい表現で丁寧に説明している。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>3 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>						
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。	○			管理者自らの役割と責任を、運営会議及び朝礼等その都度文書及び口頭で具体的に表明するとともに、園の広報誌に掲載するなど、積極的に取り組んでいる。
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を職員会議等で、全職員に文書配布し、理解の徹底に努めている。また、改訂された法令・基準・規則等の研修会や勉強会等にも積極的に取り組んでいる。
<b>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>						
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。	○			利用者の要望に応える姿勢を、利用者の自治会や利用者満足度調査等を通じて把握した課題を、法令と照合したうえで新たな取り組みを行なうなど、柔軟な指導力を発揮し進むべき道を指している。
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。	○			運営会議等を通じて、コストバランス、人員確保、配置、人材育成、施設整備、環境美化等、業務の効率化に取組み、管理者としての指導力を発揮しながら、全職員が更なる改善に取り組んでいる。

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

<b>1 経営状況の把握と開示</b>						
<b>(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</b>						
13	1	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	○			全国組織の研修会や関係施設長会議等に参加し、最新情報の収集に努めるとともに、地域ニーズについても地区社協と定期的な会合を持ち、需要の動向や環境の把握に努めている。
14	2	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	○			県からの移管による自立経営となり、給付費等による安定収入とエコ対策等、職員への新たな意識づけを行ない、コスト削減に取り組んでいる。
15	3	外部監査が実施されている。			○	平成19年度に指定管理者制度に伴う山口県の包括外部監査を受け、改善をすすめてきている。今年度からは県からの移管にともない、社会福祉法人審査基準にある外部監査を検討している。
16	4	運営内容の開示が適切に行われている。	○			重要な事項に関する説明を玄関に掲示するとともに、法人のホームページや事業団やまぐちの広報誌に事業報告、財産目録、収支計算書等の掲示があり、施設情報の開示を十分行なっている。
<b>2 人材の確保・養成</b>						
<b>(1) 人事管理の体制が整備されている。</b>						
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。	○			法人として、中期経営計画で資格取得者数値目標を掲げている。さらに、常勤と非常勤職員の比率、PT、介護福祉士等の配置や障害者雇用について具体的な計画を策定し、必要な人材確保や人員体制の確立に努めている。

【 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。	○				法人として、能力考課実施要領を策定し、人事考課を主任以上の職員においては定期的に、一般職員においては試行的に実施している。人事考課の結果は被考課者に対して口頭で開示しているが、今後は結果のフィードバックを書面で実施すると透明性がさらに増すと考える。
<b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>						
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。	○				法人として、メンタル相談助成事業に取り組み、職員が相談しやすい体制が整備されている。また、年間6日の有給休暇の取得を目指しているが、多くの職員はシフト勤務のため、勤務交代で対応している。
20	2 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	○				福利厚生センター、健康福祉財団および法人互助会等の各種事業をを活用し、職員の健康保持の増進、余暇活動の充実等に積極的に取り組んでいる。
<b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>						
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。	○				職員の教育・研修に関する基本的姿勢が当該年度の研修実施要綱に明示され、研修委員会を中心にOJTを活用した職場内研修、外部講師を招いて全職員の研修や、介護技術研修会を実施する等、熱心な研修活動が行なわれている。
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。	○				研修参加職員には研修会終了後、書面による報告書を提出させ、職員会議において研修内容を報告させている。また、法人として各職員ひとり一人研修カードを作成し、他施設へ異動しても研修状況が把握できるようにしている。また、資格取得助成制度により、資格取得の促進も図っている。
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。	○				職員会議で研修報告書等を配布し、報告の時間を設けている。また、園長が研修の復命書・報告書から、職員への周知が必要なものを選別し、随時全職員へ周知することで研修成果・評価・さらには見直しがなされている。
<b>(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。</b>						
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。	○				実習生受入マニュアルに基づき、指導資格の担当者を配置し対応している。実習生には利用者への配慮を重視し、利用者の特性についての説明を慎重にかつ確実に伝えることを職員は受入の基本姿勢としている。全職員に周知徹底がされていた。
25	2 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	○				実習内容について、計画的で効果的なプログラムを用意し、各職種別の専門的指導を実施している。
<b>3 安全管理</b>						
<b>(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。</b>						
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検討委員会において、危機管理マニュアルや、消防、防災計画の見直しを行うとともに、救急法の研修を実施し利用者の安全確保に努めている。また、保健委員会で各種感染予防対策マニュアルを適宜見直し、実効性のある対策に十分取り組んでいる。
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。	○				施設内外の危険箇所について、安全確保のための定期点検を実施し、不審者対応マニュアルに基づき休日、夜間の対応を適切に行っている。また、隣接の支援学校等を含めた総合防災訓練を行うとともに日常から協力体制をとっている。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>4 地域との交流と連携</b>						
<b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>						
28	1	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	○			防府市で開催される風船バレーボール大会・ふれあいスポーツ広場等に参加したり、市文化祭や近隣の郵便局での利用者作品展示を行なっている。また、利用者のニーズに応じた買い物等で外出する機会を多く設けたり、消防訓練では地域とのかかわりを持っている。
29	2	事業所が有する機能を地域に還元している。	○			地域住民を対象に家庭介護教室を開催したり、災害時の緊急受入態勢の整備を行なっている。また、地域からの要望に応じて相談支援事業の開始を予定している。
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。	○			ボランティア受入に関して誓約書の提出や、事前説明等のマニュアルを整備することに配慮がみられる。洗濯物たたみ、手品、朗読等ボランティアを積極的に受け入れている。
<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。	○			隣接の華の浦学園、防府総合支援学校と防災3者協力の申し合わせを明文化し、連携を深めている。協力医療機関9機関との協力体制を整備し、効果的な社会資源の活用を図っている。
32	2	関係機関等との連携が適切に行われている。	○			防府市の自立支援協議会、ネットワーク会議等へ出席し、情報交換することで連携の強化を図っている。
<b>(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。</b>						
33	1	地域の福祉ニーズを把握している。	○			家庭介護教室の開催等で、地域の具体的なニーズを把握している。また、在宅障害者へのサービスの充実を図る為、相談支援事業開始を予定している。
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。	○			地域のニーズに基づき、生活介護事業の定員を50名から55名に増員し、サービスの充実を努めている。

### 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>						
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。	○			人権擁護検討委員会で、禁句集を作成し食事・排泄時などの対応、声かけについて呼称・言葉づかい等の接遇に係る研修を実施している。また、職員会議や朝礼等の他、毎月テーマを決めて職員に周知徹底している。
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。	○			職員の行動規範とプライバシー保護マニュアルを整備し、職員に周知している。また、面会時には意向を聞き、個別面会ができるよう配慮している。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>(2) 利用者満足の上昇に努めている。</b>						
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。	○			年に1回9月から10月ににかけて利用者満足度調査を実施している。また、日ごろからだれとでも話しやすい雰囲気や職員にもなにかれとなく相談できる環境を整え、利用者の希望を生かすシステムを構築している。
38	2	利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	○			利用者満足度調査の結果により、サービス改善検討委員会で、原因の分析、改善策の検討を行い、組織全体が取り組むべき問題として、職員会議で継続的に周知に努めている。また、利用者の参画によるサービス改善検討委員会や給食委員会を開催している。
<b>(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</b>						
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。	○			毎月「話し合おう会」を開催し、職員と直接話し合う場を設けている。また、相談者を自由に選べるようにすることで、意見や要望が述べられるようにしている。「ご意見箱」の設置もしている。
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。	○			苦情解決のシステムを取り入れ、苦情申し出た利用者に不利にならないよう配慮した上で、苦情内容、対策を玄関に掲示することで利用者への周知を図っている。
41	3	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	○			利用者からの苦情は貴重な訴えとして、苦情解決マニュアルに基づき迅速かつ適切な対応をとっている。意見や提案をサービス改善検討委員会で改善策等の検討を行い、実効性のある取組みに努めている。
<b>2 サービスの質の確保</b>						
<b>(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。</b>						
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。	○			年2回の自己評価、3年ごとの第三者評価の受審、利用者満足度調査の実施、実習生等来園者のアンケートを実施し、結果を分析・検討している。
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。	○			自己評価の結果について、サービス改善検討委員会において改善課題等を明確にし、職員会議で共有化を図っている。
44	3	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	○			サービス改善検討委員会で、年3～4回 検討会を実施し、改善策の策定と必要に応じ計画の見直しをしている。
<b>(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。</b>						
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。	○			食事、入浴、排泄、服薬管理など、個々のサービス提供方法についてマニュアルを作成し、サービスの標準化を図り、同時にサービス実施手順書で具体的に示している。
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。	○			サービス改善検討委員会で、必要に応じてマニュアル等の見直しを行なっている。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</b>						
47	1	○				サービス実施状況は、福祉台帳システムによるサービスの可視化と各職員が、パソコンによる記録及び整備方法により、簡素化を図りサービス実施状況がリアルタイムに職員全体で共有がなされている。
48	2	○				法人の個人情報保護規程、情報公開規程に基づき、適切に記録の管理を行っている。また、記録の保管、廃棄等については、法人の文書事務取扱規程により対処している。
49	3	○				引き継ぎ体制等の他、園内LANを整備し、パソコンによる利用者状況の共有化、情報のネットワーク化により、業務の効率化を図っている。
<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	○				園を紹介したホームページやパンフレットを作成の他、施設見学や一日体験利用等の受入体制を整備し、情報提供に努めている。
51	2	○				利用契約書・重要事項説明書・利用料金説明書の3点セットで、利用者、保護者に十分に説明を行った上で、書面において同意を得ている。
<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	○				利用事業所の変更や在宅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	○				担当職員が、利用者のニーズを把握するため積極的にアセスメントを行い、評価会議を経て、気になる点は評価・見直しのための再アセスメントを実施している。
54	2	○				個別支援計画、栄養支援計画、リハビリテーション実施計画に利用者のニーズや課題を具体的に明示している。
<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	○				サービス実施計画策定の責任者を定め、個別支援計画、栄養支援計画、リハビリテーション実施計画をそれぞれ策定し、関係職員による評価会議で見直しを行っている。また、毎月実施状況のチェックによる進捗状況を確認している。
56	2	○				5月と11月に定期的に評価会議を開催し、利用者本位の視点で配慮しながら、評価、見直しを行っている。策定に当たっては、各職種から意見を出し合うなど組織的に取り組んでいる。