

第三者評価結果表

施設名 山口県みほり学園

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 理念が明文化されている。					事業計画のなかに「施設の目指すべき姿」として基本理念が明文化されており、施設内にも掲示されている。
2	2 理念に基づく基本方針が明文化されている。					理念に基づく基本方針が「学園運営方針」として基本的人権の尊重、自立支援と社会参加、児童が意見を出しやすい環境の整備など多数の方針を掲げ明文化されている。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1 理念や基本方針が職員に周知されている。					理念や基本方針(学園運営方針)を明示したパンフレットを年度当初に全職員へ配布し、職員会議などでも説明し周知している。
4	2 理念や基本方針が利用者等に周知されている。					理念や基本方針(学園運営方針)を明示したパンフレットを年度当初に保護者へ配布し、保護者会などでも説明し周知している。
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・長期計画が策定されている。					平成21年度から5年間の中・長期計画(中期経営計画)が策定され、経営基盤づくり、サービス提供の基本目標、サービス提供の基本方針等内容も充実している。
6	2 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。		-			事業計画は、中・長期計画(中期経営計画)を反映した具体的事業内容となっている。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1 計画の策定が組織的に行われている。					事業計画は、心理治療、生活指導、学習教育などの各部署からの意見を集約し、それらをもとに組織的に作成されている。
8	2 計画が職員や利用者等に周知されている。					職員には事業計画を配布し、職員会議などで説明を行うなど周知に努めているが、家族には広報誌などで周知するに止まり、説明など十分な理解を促す取り組みまでには至っていない。また、利用者である子どもたちにもわかりやすい資料を作成し説明することが望まれる。

【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。					管理者自らの役割と責任が「みほり学園管理規定」のなかに明記されているとともに、会議などでも表明されている。
10	2 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。					児童福祉法の改正や個人情報保護法などの関係法令の理解や職員への関係書類のコピーなど、周知への努力が見られるが、雇用・労働や防災、環境面に対する幅広い分野を含めたリスト化については今後整備予定とのことであり早期の実現を期待したい。
(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。					サービスの質の向上に意欲を持ち、児童相談所や学校、精神科の医師などを交えた定期的なケース会議のほか、学校との運営会議、各部会議(指導部・心理部・学習部)などに参画し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り組みに指導力を発揮している。					中期経営計画の課題である「業務の簡素化・効率化によるコスト削減」及び「省資源・省エネ等環境保全への対応」に基づいて「ニューエコオフィスプラン(仮称)」を推進し、経営や業務の効率化に向け積極的に取り組んでいる。

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。					社会福祉事業全体の動向については、全国情緒障害児短期治療施設協議会等からの情報を把握する一方、利用者像の変化、需要の動向、福祉サービスニーズの変化など法人と連携して把握に努め、中期経営計画や事業計画に反映させている。
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。					法人事務局と連携して経営状況を分析し、改善すべき課題などを運営会議や各部会などで分析し、事業報告としてまとめている。
15	3 外部監査が実施されている。					指定管理者制度による包括外部監査を実施しているが、これは地方公共団体に対する監査であるため、第三者評価基準が求める監査ではないと判断した。
16	4 運営内容の開示が適切に行われている。					法人の広報誌やホームページなどで予算・決算等の運営内容を公開している。
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。					必要な人材の確保と職務遂行能力及びそのための資格取得者数の目標値を「中期経営計画」で明確にし、その目標の実現に向かって「職員研修実施計画」が策定され推進されている。

【 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。					人事考課制度については、「中期経営計画」のなかにもその考え方が明記されているが、そのなかで「試行対象者を拡大実施し、評価項目や評価方法の妥当性等の検証やあり方を検証する」となっており、ヒアリングにおいても平成23年度より本格実施する意向を確認したため、現在は試行段階にあると判断した。
(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。					職員の有給休暇の消化率や時間外労働を定期的に総務課がチェックしている。また年に1度、個人が意向を自己申告する制度を設け、新規事業検討委員会が意向を把握する仕組みを整備している。
20	2 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。					福利厚生センターをはじめ県健康福祉財団に加入し、職員互助会活動などの福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。
(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。					「みほり学園運営方針」や法人の「中期経営計画」に専門性の向上や研修の必要性を明記し、それを基に「職員研修実施要綱」が策定され、具体的推進を図っている。
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。					法人としての教育・研修計画を「職員研修実施要綱」により実施しているが、現段階では、新任・主任・課長・施設長等のキャリアに沿った研修計画のみで、評価基準が求めている個々の職員研修計画には至っていない。(今後、個々の職員の研修計画をデータベース化する予定であることをヒヤリングで確認)
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。					個別の研修計画の策定がなされていないため、評価・見直しの実施までには至っていない。
(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。					中期経営計画のなかで実習生の受け入れについての基本的な姿勢を明確にしており、「実習プログラム」や「日程表」の策定など積極的な姿勢が伺われるが、実習における連絡窓口や利用者・職員への事前説明、実習生に対するオリエンテーション内容などの手順を定めたマニュアルの策定が望まれる。
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。					実習プログラムを策定するなど、精神科医、社会福祉士、臨床心理士、保育士など専門職の育成に積極的に取り組んでいる姿勢が伺われる。
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 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。					緊急時(防災・事故・感染症・不審者対応等)にはマニュアルを策定し、防災訓練を定期的に行うほか、不審者対応にしてもマニュアルの策定など利用者の安全確保のための体制整備をしている。
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。					リスクマネジメント実施要綱を策定し、インシデント・アクシデント報告書、リスクマネジメント委員会の設置、リスクマネージャーを定めるなどの対策を実施しており、評価・見直しもしている。

【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					「中期経営計画」や「事業計画」のなかに基本的な考え方を明示しており、地区との交流行事(ゲートボール大会、地区の老人会や子供会主催の運動会、チームで駅伝に参加、こいのぼり掲揚式に参加等)に子どもの状態を考慮しながら関わりを持っている。
29	2					「のびのびふれあいキャンプ」の開催や通所の相談事業、体育館やグラウンドの貸し出し、また研修講師の派遣などの取り組みを行っている。
30	3					「中期経営計画」や「事業計画」のなかに基本的な考え方を明示しており、「ボランティア受入取扱要領」の策定などによって意義・目的をはじめ対象とする活動内容、留意事項、受け入れ手順など体制が整備されていることが思料される。
(2) 関係機関との連携が確保されている。						
31	1					児童相談所をはじめ学校など必要となる関係機関の連絡先一覧表を作成し、職員間でその情報を共有している。
32	2					「事業計画」のなかに地域の関係機関とのネットワークづくりの目的・必要性を明記し、児童相談所との連携や学期ごとに児童の原籍校の担当者との会議などの取り組みを行っている。
(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。						
33	1					措置機関である児童相談所を通してのニーズ把握や県内唯一の施設であるため、ホームページ上での相談コーナーなどを通してニーズの把握に努めている。
34	2					地域の情緒障害児を対象とした「母子療育キャンプ(のびのびキャンプ)」の実施や相談活動などのニーズに対応したサービスの提供などを「中期経営計画」や「事業計画」に明示し実施している。

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					「その人らしさを大切に」という施設の目指すべき姿をパンフレットや「中期経営計画」や「事業計画」に明示するとともに「職員行動規範」によって「利用者の基本的人権の尊重」等職員が守るべきことを定め共通理解の促進や研修への参加など積極的に進めている。
36	2					利用者のプライバシー保護については、「職員行動規範」において利用者及び家族のプライバシーを守ることが明記されているが、具体的な生活場面や設備面等の配慮や対応のあり方などに関するマニュアルを策定されるまでには至っていない。

【 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。					事業計画で利用者満足の上昇を目指すことを明示し、月に1度開催される子どもの部屋・室長会議に当日勤務の全職員が出席し、子どもの意見を聞くほか、年2回保護者に対して満足度調査を実施している。
38	2 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。					部屋・室長会議の意見などを指導部会、運営会議、給食会議などで検討し、外出に対する要望や給食メニューの充実など可能な範囲で受け入れ、利用者満足の上昇を目指している。
(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。					定期的に部屋・室長会議の開催や個別面接の実施、相談室や意見箱の設置など、意見を述べやすい環境整備への努力が伺われ、実際に意見箱なども活用されている状況から周知されているものと思料される。
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。					パンフレットやホームページに苦情解決相談窓口の設置、解決の方法、話し合い等について記載し、苦情解決責任者、受付担当者、第三者委員名を園内を含めて公示し、また年度中期に苦情の件数や対応策などをフィードバックするなど周知・機能していると認められる。
41	3 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。					苦情解決体制は確立されており機能していることは確認できた。その他の意見や提案についても「職員行動規範」にその姿勢が述べられているが、評価基準が求めている意見や提案から組織の改善課題を発見しサービスの質を上げるための手順を示した対応マニュアルの策定までに至っていない。
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。					平成19年度から評価に関する担当部署としてワーキングチームを発足させ、そこが中心となって年2回の自己評価を行うほか、今回第2回目の第三者評価の受審など積極的体制の整備が伺われる。
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。					ワーキングチームは、園長、副園長、各部の主任で構成されており、運営会議などで評価結果の分析や課題について話し合わせ、職員間で課題を共有している。
44	3 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。					評価結果から明確になった課題について改善策や改善計画を事業計画に反映し、平成17年度から実施している「食育」の継続や「社会生活技能訓練(SST)」等を導入するなどの取り組みを進めている。
(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。					「心理治療」「生活指導」「学習指導」「保護者との面接相談」を学園における標準的サービスの4つの柱と位置づけ、各々のサービスについての実施方法が明文化され実施されている。
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。					定期的に開催されている指導部会や運営会議などで標準的な実施方法について話し合わせ見直しもされている。

【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」等諸記録が適切に行われており、また職員間でバラツキが生じないように書き方のルールを取り決め実施していることなどが書面から確認された。
48	2					記録に関する「文書保存年限区分基準表」が作成されており、適切に管理が行われ、また情報開示を求められた場合でも「情報公開規定」を定め、適切に運用していることが認められる。
49	3					コンピューター情報システムの運用により必要とする情報を職員間で共有する仕組みが確立されている。その他、週に1度開催されるケース会議や1日4回行う「申し送り、引き継ぎ」の際の「引き継ぎ帳」によって情報の共有がなされている。
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					ホームページで施設利用希望者への情報提供の充実を期するほか、公共施設でのパンフレットの配置や電話での対応などサービスの選択に資する情報提供している。
51	2					入所に際しては児童相談所の措置によるため、説明・同意は児童相談所の対応となるが、施設においても子どもの特性などを考慮しながら入園時に学園の規定などを説明している。
(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。
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					各担当部の担当者会議において現状の評価を行い、その資料を基に全職員、児童福祉司、嘱託医の参加によるケース会議でアセスメントする体制を構築している。
54	2					ケース会議資料(ケース記録)に利用者の課題をサービス場面ごとに明示している。
(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					生活・心理・学習の三部の担当者会議で処遇指針を検討し、ケース会議において嘱託医及び児童福祉司の意見を踏まえてサービス実施計画(自立支援計画)を策定する体制が確立されている。
56	2					定期的にかかれるケース会議において6ヶ月ごとに年2回評価・見直しを行っている。