

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	憲法に謳われてる基本的人権を尊重し利用者の幸福の追求と豊かな生活の実現に向けた支援を理念に掲げ、毎年作られる事業計画書には必ず冒頭に掲載して、すべての事業の基礎として実践につなげている。また、法人のホームページに施設の理念、沿革、概要を掲示して情報公開をしている。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	事業計画の経営理念の次に、実践目標、施設目標、生活目標との3つの目標を定めそれに基づいての経営方針に5項目の基本方針を定めて事業を推進している。
I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。		
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	正職員、嘱託職員全員に事業計画書を配布して職員会議やサービス実践会議の中で管理者が説明し周知している。
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	年3回発行の利用者及び家族に配布をしている広報誌「のぞみ」に施設長の話の一環として掲載し説明をしているが、理解を促し周知するまでには至っていない。より解りやすく説明することを期待する。

I-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a	生活保護法の保護施設である救護施設東明寮の役割と機能を長期的な視野に立って強化する5カ年計画が平成22年に策定されている。
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	c	7項目の計画が策定されているが、細部の計画は具体的なものと総論的なものとの混在であり更に具体的な事業計画策定を望む。
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	b	各検討会議、チーム会議、支援課会議、サービス検討会議、職員会議とそれぞれの段階で検討しているが、どの会議がどの部分までの策定をするのか明確ではない。
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	c	計画策定には管理者、職員がかかわり周知されているが、利用者には会議時に口頭説明だけであり十分な周知とはいえない。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-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。	b	管理者の各年度における考えは新年度の会議の時に示されている。また、管理規定及び事務分掌にはその役割が明確に示されているが十分な表明にはいたっていないので文章化を望む。

I-3-(1)-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。	b	救護施設に係る関係法令等の講習は北海道や社会福祉協議会、所属する全国救護施設協議会等に出席をし理解を深め、それをさらに事業所での取り組みに生かしている。さらにコンプライアンス等の研修を事業所として行っているが、法令をリスト化するにはいたっていない。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-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。	a	中長期計画、事業計画の中で福祉サービスの質の向上に向けた自己評価や外部評価の取り組みを計画、実行している。
I-3-(2)-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。	b	管理者、職員は事業計画、事業報告を作成する上で事業の検証、改善に取り組んでいる。利用者へのサービス向上に取り組む上で業務の効率化は避けて通れなく、現状の記録策定の効率化に取り組むことを期待する。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	事業所が所属している全国救護施設協議会や北海道救護施設協議会での経営環境についての研修を受け現状認識をしている。
Ⅱ-1-(1)-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。	a	毎年の業務報告書はそれぞれの担当者から提出された年度報告をもとに纏められている。その中で経営状況や業務状況を分析して次年度に反映している。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	毎年4回、税理士、行政経験者による法人監査を受けている。その中で指摘された事項は、各担当者会議を経て改善しサービス向上につなげているが外部の監査は行われていない。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	事業計画や中長期計画でこれからの施設運営に必要な人材に関する計画が確立している。中長期計画の初年度の平成22年度から増員の計画で進めている。
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	c	客観的な基準に基づいた人事考課の必要性は認識しながらも、毎年職員との面談のみで人事管理をし、人事考課は行われていない。
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-(2)-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。	b	職員とは毎年個々に面談をして希望や意向の把握に努めているが、時間外労働の的確な把握や有給消化についての状況把握は組織として出来ていない。職員への配慮の観点から適切な把握を期待する。
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福利厚生センターへ加入している他、毎年職員の親睦会に東明寮として助成金を出しており職員の福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	b	職員全員が広い心を持ち、利用者への目配り、気配り、心配りを大切にすることにより職員一人ひとりの資質が東明寮のサービスの質に直結する。と言う基本姿勢は明示されているが、事業所が具体的に必要とするサービスに対する資格、技術が明示されていない。

II-2-(3)-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。	b	事業計画の「職員の資質及び専門性の向上→研修計画」にて基本計画に沿った職員の研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取り組みを全てで行うには至っていない。さらに具体的な取り組みを期待する。
II-2-(3)-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。	b	事業報告の中で毎年研修についての検証、見直しを行っているが、個々の研修については取組がなく、計画策定、実施、評価、見直しを望む。
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-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。	a	実習生受入に関してはマニュアル化している。専門職育成と位置づけオリエンテーション、研修と体制を整備している。
II-2-(4)-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。	a	専門職育成の観点から社会福祉士、介護福祉士、教員免許取得のための現場実習への協力をし、実習受入はプログラムの工程表に基づいて行われている。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-(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。		
II-3-(1)-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。	a	利用者の安全確保のため組織として事故対策、感染症対策、災害対策のマニュアルを整備、訓練をして体制を整備し機能している。
II-3-(1)-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。	a	利用者の安全を脅かすリスクについてはインシデント、アクシデントの集約、事例の研修、改善をして対策をとっている。

II-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	b	地域から誘致を受けた事業所であり地域に溶け込む努力をしている。ソフトボールクラブは地域のチームとの試合を行い交流をしている。また、地域のお祭り「大正ふれあい祭り」には作業品の販売やハンドベルクラブが出演して楽しいひと時を過ごしている。ただ、日常的な交流は少なく今後の課題となっている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	救護施設としての機能の強化を重点項目にあげて体制整備に努めている。事業所内の和室、地域住民ボランティア室は介護体験講習会や救急法など近隣住民に使用され交流の一端を担っているが日常的ではない。
II-4-(1)-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。	b	多くのボランティアを積極的に受け入れ利用者には良い影響を与えている。しかし受入に際しての研修はなく今後の体制作りを期待する。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b	利用者サービスの質の向上のために連携が必要な関係機関や団体については職員会議等を通じて情報の共有は出来ている。具体的に福祉事務所、保健所、市、振興局とそれぞれの立場でつながっているが十分ではない。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	福祉事務所、市、振興局等の研修やセミナーを受講しているが、定期的な連携の機会を確保してはいない。

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	c	地域から誘致された施設として、地域住民で組織したノーマライゼーション推進委員の一員として参加し、地域福祉ニーズの把握に努めているが、要望は具体的になっていない。
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	c	中長期計画の今後の事業計画の中に取り組としてグループホーム設置の必要性について検討するとなっているが具体的ではない。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-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。	a	担当職員は職員会議、運営会議、サービス担当者会議、給食会議、各寮会議や利用者自治会、懇談会に出席して利用者の意見を聞きながらサービス提供について共通の理解がもてるように努めている。
Ⅲ-1-(1)-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。	b	現在マニュアルはあるが更に、マニュアル委員会の中で見直し、検討作業を行っている段階である。職員、利用者へのプライバシー保護に関する掲示や職員会議、自治会等での周知は十分されてなく、今後の検討を望む。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a	各寮懇談会を毎月行いリスクマネジメントやインシデントの事例検討を行いながら個別の問題を抽出し、利用者の満足度を図り把握に努めている。
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	b	救護施設サービス基準VERSIONⅡの自己評価の中で利用者満足に対する自己評価を行いそれぞれのサービスの検証を行っている。さらに、給食に対する利用者の満足を調査し、その後、給食の個別支援が行われているが、その他の取り組みは十分ではなく今後の取り組みを期待する。
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(3)-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。	b	自治会が独自で意見箱を設置して自分達で解決していく方法を行っている。しかし、解決出来なかった時には施設長や課長等が相談窓口になり話し合いの中で解決する体制をとってはいるが利用者への周知が十分ではなく周知の徹底を望む。
Ⅲ-1-(3)-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。	b	苦情解決の仕組みはあるが利用者、家族にその仕組みが定期的に周知されていない。施設に苦情を伝えるのも文章でなく口頭が多く、文章での申し出が行いやすい体制づくりを望む。
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b	課長、施設長が個々に対応している。日々苦情が多い中もっと迅速に対応して行くには、どの職員にでも対応できるような仕組み、体制づくりを望む。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-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。	a	検討委員会を作り毎年定期的に救護施設サービス基準VERSIONⅡを使用して7分類322項目の自己評価を行っており、質の向上に向けた組織的な取り組みの体制が整備されている。
Ⅲ-2-(1)-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。	a	業務改善マニュアル検討委員会で救護施設サービス評価基準VERSIONⅡを用いて自己評価した結果を分析し、目標、課題を明確にして質の向上に取り組んでいる。

Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a	サービス評価で上げられた達成度の低い課題は各委員会に担当を決め検討を依頼し改善を行い利用者サービスの質の向上に向けて取り組んでいる。
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-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。	a	提供される個々のサービスは起床対応、食事、入浴、外出、健康管理、排泄、等個別マニュアルとして文書化され実践につなげられている。
Ⅲ-2-(2)-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。	a	業務改善マニュアル検討委員会にて毎年利用者や職員から意見を聴取し必要な見直しをしている。各検討委員会マニュアルを各寮にバインダー式にして置き年途中でも都度差し替えられる方法で工夫している。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-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。	b	利用者に対するサービスは個別支援計画書をもとに提供されその内容はケース記録等書かれている。しかし、その記録の質や量に関しては、職員間でのばらつきが目立ち、今後記録の統一化を望む。
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b	管理規定で利用者の記録は適切に管理されている。しかし、個人情報保護と、情報開示の観点から職員への研修・教育を望む。
Ⅲ-2-(3)-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。	a	利用者の状況等に関する情報は、ミーティング、日誌、職員会議及びパソコンでネットワークを構築し共有している。また、カンファレンスには各職種も必要に応じて参加し情報を共有している。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-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。	a	インターネット上にホームページを開設している。又、施設のパンフレットにより情報を提供している。
Ⅲ-3-(1)-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。	a	当事業所は救護施設なので福祉事務所からの入所委託に基づき受け入れを行っている。サービス開始にあたっては独自の書式で説明、承諾を得ている。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-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。	a	利用者を地域移行支援に向けて取り組んでいる。退所後も利用者が相談出来るシステムを構築している。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	全国救護施設協議会による「救護施設個別支援計画書」に準じた「個別支援計画書作成マニュアル」が作成されその中で最低年1回アセスメントを行っている。
Ⅲ-4-(1)-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。	a	救護施設個別支援計画を活用し10項目のニーズに整理して課題を明確にし計画につなげている。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	各利用者の担当職員とケアマネジャー的役割の職員がチームになって、個別支援計画書を作成、実施している。
Ⅲ-4-(2)-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。	a	個別支援計画書は3か月・6か月・1年と定期的にモニタリングとカンファレンスを行い、見直しをして更新している。

