

第三者評価結果表

施設名 防府海北園

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
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・役割を示す理念は事業計画やパンフレット等に記載されており、目指す方向性や考え方を読み取ることが出来る。
2	2	○				理念に基づいた基本方針が明文化されており、利用者の権利擁護の推進や自立支援の充実を掲げるなどその内容は適切である。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1	○				月1回の職員会議を始め、処遇会議等諸会議の場で説明している。また施設内研修でのテーマとするなど職員への周知に努力し、十分な理解を促す取組を行っている。
4	2	○				入所時、見学時にパンフレット等を渡し、園長、主任、担当職員が利用者や保護者に説明をしている。また、利用者に対しては年齢に応じた説明がなされていることがヒアリングで確認できた。
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			○		「措置」制度であるため中・長期計画の策定がむずかしく、中・長期計画は策定されていないためc評価とした。
6	2		-	○		単年度事業計画はあるものの、中・長期計画の策定がされていないので、それを踏まえた内容か否かについて評価はなし得ないためc評価とした。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1		○			単年度計画については策定されている。しかし、利用者や保護者の意見を取り込むことはなされているものの、実施状況の把握や評価・見直しについての組織的な取組は十分ではないと判断し、b評価とした。
8	2		○			職員への周知は諸会議等で行っている。利用者や保護者については、自治会や保護者会で知らせる等努力・工夫している。しかしながら、諸行事に関しては、主要行事は年度初めに知らせているが、その都度知らせる行事も多いためb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	○				管理者に就任してまだ1年に満たないが、ヒアリングで会議や研修会等において自らの役割と責任について表明し、また日頃から職員や利用者、保護者にそれらについて理解されるよう積極的に取り組んでいる。
10	2		○			組織として遵守しなければならない基本的な法令等の情報把握や周知に取り組む姿勢は確認できたが、それら遵守すべき法令のリスト化については十分ではないと判断し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	○				国の動向を示す情報や、職員として知っておくべき情報については、コピーして職員に配布している。会議においても、職員が意見を出しやすい環境をつくっている等、リーダーシップを発揮している。
12	2	○				前年度までの事務長としての経験を基に、業務の効率化と改善に向けて指導力を発揮している。勤務時間の変更等、職員の働きやすい環境整備に積極的に取り組み努力している。これらのことはヒアリングからも十分に確認できた。

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		○			外部の諸会議に出席したり児童相談所との連携により、社会福祉事業関連の情報や動向、地域のニーズを把握する等、とりまく環境の把握に積極的に取り組んでいるが、中・長期計画が策定されておらず、そこに反映されていないためb評価とした。
14	2		○			経営状況の把握・分析を行い、課題を発見し、改善に向けた取組は行っている。しかし、担当部署等がないため、組織的に実施されているとは言い難いと判断しb評価とした。
15	3			○		外部監査は実施されていないためc評価とした。
16	4	○				運営内容の開示には積極的である。広報紙やホームページで決算内容や運営内容を開示している。発行された広報誌は事業所玄関に備えてある。なお、ホームページにもそれらの情報が発信されているが、可能な限り最新情報を掲載されたい。
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		○			ヒアリングにより、福祉サービスの質を確保するための必要な人材や人員体制に関する考え方は十分理解できたが、具体的なプランが確立されているとは言えないと判断し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ため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。		○			職員の就業状況や意向の把握等が行われているが、担当部署等が明確でないため、それらの分析や検討が適切になされているとはいえない。したがって必要があれば改善する仕組みの構築は不十分と判断しb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。	○				福利厚生センターに加入している。
(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。			○		単年度事業計画の中では、組織が目指す福祉サービスの質の向上に対する積極的な取組状況は十分読み取ることができた。しかし、基本姿勢を明示した文書は確認できなかったためc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。			○		事業所としての単年度研修計画は策定されているが、個々の職員に対する教育・研修計画の策定は確認できなかった。したがって、基本姿勢に沿った教育・研修計画に基づいた具体的な取組は実施されていないと判断しc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。		○			個別の職員に対する研修計画はないものの、研修会出席者が会議で報告を行い、管理者が評価や分析を実施している。しかし、次の研修計画に反映したり、研修内容やカリキュラムの見直し等の取組は確認できなかったためb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。	○				実習生受け入れマニュアルが策定され、その基本姿勢を明文化している。職員も実習生受け入れに関する意義・方針をよく理解している。また実習生受け入れ担当者も設置しているなど、受入体制は整備されている。
25	2 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	○				実習内容については、学校側と連携してプログラムを整備している。種別プログラムを作成する等、実習の種類に配慮したプログラムを用意し、実習生の育成については積極的に取り組んでいる。
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。		○			緊急時の対応については細かに想定し、各種マニュアルを作成し、関係機関との連携や協力体制等、組織を挙げて取り組んでいる。しかし地域交流は盛んであるが、緊急時における地元自治会等との情報交換、連絡・協力体制については十分に機能しているとは言えないと判断しb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。		○			利用者個々に関するケース会議において、リスクを把握しその対策の検討を行い記録に残している。ケース会議は組織的・継続的に実施している。しかし事故報告書は整備されているが、ヒヤリハットや事故防止における内容の分析・検討・評価・見直し等に関する組織的な取組は十分ではないと判断しb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	○				理念や基本方針に地域との関わりについて明記している。子ども会との交流、園庭での地域の盆踊りの開催、地域行事等への利用者や職員の参加だけでなく、日常的なコミュニケーションも心掛けている。地域社会の一員としての利用者の地域参加や、事業所や利用者への理解を深める取組に積極的である。
29	2	○				事業所の地域交流スペースを子育て親子に開放し、リトミックや子育て講座を開催するなど、地域との交流や施設機能の地域への開放・活用に積極的に取り組んでいる。児童家庭支援センターを設置し、専門的な相談の場や情報を地域に提供している。
30	3	○				ボランティア受け入れに関する基本姿勢は明文化され、マニュアルも作成されており、受け入れについての体制は整備、確立している。
(2) 関係機関との連携が確保されている。						
31	1	○				各関係機関・団体の連絡先等がリスト化がなされ、事務所・職員控室等に表示され、その情報が職員間で共有されている。
32	2	○				関係機関・団体との会議へは、全職員が参加するようにしている。また学校との連携を図るため、学校行事の参加の他に、月1回の定期的な連絡会を行う等の取組を行っている。
(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。						
33	1		○			民生児童委員等の会議に出席するなどして福祉ニーズの把握に取り組んでいるが、具体的な福祉ニーズ把握に関しては十分とは言えず、より積極的な取組が必要と判断しb評価とした。
34	2	○				把握した地域の福祉ニーズに基づく子育て支援短期利用事業や三世交代交流、ショートステイ、トワイライト事業などを実施、展開している。また、今年度は山口市内に母子生活支援施設「沙羅の木」を立ち上げた。これらは事業計画に明示している。

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	○				理念や基本方針に利用者尊重の福祉サービス実施について明示し、業務マニュアルでは個々のサービスの標準的な実施方法を明示し、職員間で共通理解を図っている。毎月の職場内研修で必ず年1回は利用者の権利擁護についての研修を行い、若手職員は防府市の権利擁護研修会に参加する等積極的な取組を行っている。
36	2	○				マニュアルが整備されている。小・中・高校生の各集会の時にプライバシー保護について年齢に応じた話し、周知に努力している。個々のベッドにカーテンをつけたり、県営住宅が近くに立ったため、窓にカーテンをつける等の設備面での具体的な取組も積極的に行っている。

【 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。	○			利用者については、自治会や意見箱を設置し、意見や要望を把握している。応接室で個別の相談に対応できる環境を整備している。保護者については年1回の保護者会を実施し、状況に応じて電話連絡や相談面談を行っている。
38	2	利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	○			集会担当者が意見や要望を把握し、会議等で報告し、検討の結果に基づいて具体的に対応するなど、仕組みは整備されている。利用者からのヒアリングでも、職員の対応について概ね満足しているという意見を聴取できた。要望が出ていた男子利用者のくつろぎのスペースも設置されている。
(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。	○			権利ノートを配布し、行政機関に相談できる方法を利用者に説明している。心理士に相談できる方法、相談しやすい職員に相談できる方法等、相談の内容によって利用者が相談方法を選択できるよう配慮がなされている。そのための部屋を用意し、個別の相談や意見を述べやすい環境を整備している。
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。	○			苦情解決の体制は整備され、仕組みは機能している。第三者委員の名前を掲示するなどして利用者への周知を図っている。利用者が第三者委員に相談しやすいよう、定期的に第三者委員に話をお願いしている。
41	3	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。		○		ヒアリングから、「利用者からでた意見は必ず利用者に戻す」という意識をもって職員が対応していることが理解できた。しかしながら、対応マニュアルの整備、意見等への迅速な取組という点については、十分ではないと判断しb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。	○			第三者評価も定期的に受審し今回で3回目である。自己評価も組織的に実施され、サービス内容を複数のグループ(性教育・食育・環境整備・職員のスキルアップ等)に分け、それぞれにプログラムをたてて分析、検討を行うなど、その評価体制は整備されている。
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。	○			組織として全職員で評価結果を分析し、それに基づく課題等を明確にし、職場内研修で職員間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。	○			評価結果に基づき、職場内研修等で課題を明確にして共有し、改善に向けた計画を立て、全員で取り組んでいる。
(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。	○			標準的な実施方法については日常業務マニュアルが作成されている。各部署で毎月話し合いをする日を決め、マニュアルに基づいた標準的なサービスが提供されているかどうかを確認している。
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。	○			各部署や利用者からの見直しの意見をマニュアル担当者が把握し、会議で報告し、見直しを行っており、検証や見直しをする仕組みは確立している。

【 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	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。	○			利用者一人一人の記録等の書面が整備されている。観察日誌を記録し、それを利用者個々のケース記録に記載している。また奇数月のケース記録の最後には自立支援計画の課題についての経過状況を記入している。組織で統一した記録方法であり、利用者個々の課題達成を意識した記録の記載が適切に行われている。
48	2	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○			記録管理の責任者を主任保育士とし、記録の保存・管理・破棄等に関する規定は整備されている。記録は鍵のかかる場所記保管されている。文書作成にパソコンを利用しているが、情報の外部流失を防ぐため、情報の種類によって、使用するPCを決める等、使用方法を徹底させている。
49	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。	○			連絡帳や引き継ぎノートに利用者に関する日々の連絡事項を記入したり、各種の会議で利用者情報を確認するなど、利用者の状況等に関する情報を共有化する仕組みがあり、具体的な取組も行われている。
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	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。	○			理念や、実施しているサービス内容が利用希望者に正しく理解されるように、内容を工夫したパンフレットや、広報紙、HPを作成しており、必要な情報の提供に積極的に取り組んでいる。
51	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。	○			入所マニュアルを作成している。入所時は必ず、施設長・主任の他家庭支援専門相談員も同席し、担当者が資料や文書にて説明を行っている。ヒアリングで、とても丁寧に説明を行っている様子が伺えた。
(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	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。	○			退所マニュアルが整備されている。退所後は、担当・家庭支援専門相談員が中心となって、退所後の援助を行い、また関係機関との連携を図るなど、サービスの継続性に配慮した支援を行っている。
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	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	○			アセスメントシート記入要綱及びアセスメントシートが作成され、手順に沿ったアセスメントが行われている。年度末に見直しを行い、自立支援計画に反映されている。
54	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。	○			年齢別のアセスメント票があり、食育目標など利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が明示されている。
(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	サービス実施計画を適切に策定している。	○			自立支援計画は各担当者が利用者や保護者の意向を踏まえて作成し、ケース会議において策定されるなど、計画策定の体制は確立しており、機能している。
56	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。	○			自立支援計画票記載要綱により、年2回の評価・見直しとケース会議を行うなど、サービス実施計画の評価・見直しの手順や仕組みは組織として整備され、それにより実施されている。