

# 第三者評価結果表

施設名 はなのうら

## 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
<b>1 理念・基本方針</b>					
<b>(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。</b>					
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"> <li>●法人理念、基本方針が確立され、ホームページやパンフレット、施設内の掲示、職員の名刺・名札や封筒など、様々な手法で利用者や家族をはじめ関係者、職員に周知するための取組がなされています。</li> <li>●利用者に対しても、「その人らしさを大切に」という法人理念をホールに掲示し、利用者の主体的な取組を継続的に実施できるよう、利用者のニーズを夢プランに盛り込んでいることは高く評価されます。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <p>特にありません。</p>					
<b>2 経営状況の把握</b>					
<b>(1) 経営環境の変化等適切に対応している。</b>					
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"> <li>●建物の老朽化や児童福祉法の改正を踏まえ、計画的に施設を新築移転されています。毎月、稼働率や実績など、経営状況の確認が行われ、幹部職員で開催する運営会議で協議し、職員会議や法人本部への報告・説明がなされ、組織的に事業運営の把握・分析が行われていることは高く評価されます。</li> <li>●新築後の安定的経営に向けた経営課題は明確にされており、特に利用率の向上が具体的な目標として数値化され、共有されています。</li> <li>●定期的に社会福祉協議会等の会議に施設長が出席し、地域福祉の動向を把握する機会が確保されています。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <p>特にありません。</p>					
<b>3 事業計画の策定</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>					
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。	○			
<b>(2) 事業計画が適切に策定されている。</b>					
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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●現在、3期目の中長期計画が策定されており、目標も数値化され、PDCAに基づいた法人施設経営が実施されています。また単年度計画は中長期計画とリンクしています。</li> <li>●事業計画は、前年の計画にを主任以上で検証し、課長と協議しながら課題を整理したうえで、職員参画のもと組織的に策定され、全職員に周知されています。</li> <li>●事業計画の内容は、障害の特性や年齢に応じて利用者への周知に工夫がされています。例えば、「華会」においてはわかりやすい言葉や写真を使って、利用者へ説明の機会が設けられています。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <p>特にありません。</p>					

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。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●第三者評価を3年ごとに受審され、今回で5回目となります。福祉サービスの質の向上に対する熱意が感じられます。</li> <li>●法人が定める施設サービス自己評価等実施要領に基づき、毎年、施設の自己評価や利用者・家族を対象にした満足度調査が実施されています。また、改善策についてはサービス向上委員会を中心に検討をし、計画的かつ組織的に立案されていることは高く評価されます。</li> <li>●サービス向上委員会を中心とした改善策の検討立案により、PDCAサイクルが確立されています。</li> <li>●単年度では解決できない課題は、法人本部と連携した中期経営計画の中で解決に取り組まれています。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <p>特にありません。</p>					

## 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。	○			
<p>(特に評価が高い点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●管理者の考えや方針は会議において文書及び言葉で十分表明されており、また委員会にも出席し、自ら福祉サービスの質の向上への指導、取組への参画にあたっています。</li> <li>●管理者は運営会議や職員会議で指導力を発揮するとともに、福祉サービスの質の向上に意欲を持ちすべての委員会に出席し、積極的に関わっています。</li> <li>●業務管理体制の整備に関する要綱は管理者の行動規定で、管理者はそれを順守することで、部下にも順守させています。</li> <li>●施設間交流研修に職員を派遣し、サービスの質の向上のためのスキルアップを図っています。</li> <li>●経営状況の試算表を分析して、運営会議等で施設内の意識形成に取り組んでいます。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●新築移転したばかりですが、施設の広報誌「はなはなだより」やホームページ等を活用して管理者の言葉をより多く伝えると、より多くの方に思いが伝わると考えられます。</li> </ul>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>2 福祉人材の確保・養成</b>					
<b>(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。</b>					
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。	○			
<b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>					
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。	○			
<b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>					
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。	○			
<b>(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。</b>					
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"> <li>●中期経営計画により社会福祉士、介護福祉士資格取得者の増員計画が策定されており、「事業団職員研修実施要綱」に基づいて研修を総合的に実施し、具体的な数値目標が示されています。</li> <li>●研修マニュアルが細かく整備されると共に、意欲的に資格を所得出来るように助成制度が整備されています。</li> <li>●「期待される職員像」を明確にし、人事考課制度を導入して総合的人事管理を行っています。</li> <li>●「新任チューター制度実施要綱」に基づいて新任職員の育成を行っています。</li> <li>●職場の風通しも良好で、健全な職場風土が構築されていることが職員のヒアリングからも窺えました。</li> <li>●一般職及び主任は能力考課、課長以上は能力、成績考課が行われ、職員の意向の聴き取り等は自己申告書をもとに個別面談で行われています。</li> <li>●職員個々の「個人研修・評価シート」が作成され、施設長が評価を行うなど、職員の質の向上のための体制が確立されています。</li> <li>●年間を通じて多くの実習生を受け入れており、積極的な取組がなされています。</li> </ul> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					

<b>3 運営の透明性の確保</b>					
<b>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</b>					
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"> <li>●ホームページの活用により、法人理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、予算・決算状況、第三者評価の受審結果など、運営の透明性を確保するための情報公開が積極的に行われています。</li> <li>●平成29年度より会計監査人が設置され、事業、財務に関する専門家による、より高度なチェック体制が整備されたことは高く評価されます。</li> </ul> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					

【 評価項目 】				a	b	c	Na
<b>4 地域との交流、地域貢献</b>							
<b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>							
23	1	利用者地域との交流を広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。		○			
<b>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>							
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。		○			
<b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>							
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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「地域とともに歩む施設づくり」を基本方針として掲げ、地域との交流やボランティアの受け入れ、職員の講師派遣を行っています。</li> <li>●関係機関との連携は適宜行われており、地域の協議会にも参画し、協働による取組も実施されています。</li> <li>●ボランティアを積極的に受け入れ、利用者からも喜ばれており、良好な関係性が構築されています。</li> <li>●新築移転後、地域交流スペースを設け、防災教室や介護体験教室を実施しており、地域住民が利用しています。</li> <li>●独居高齢者を対象に配食サービスが実施されています。</li> <li>●防府市から災害時の福祉避難所として指定を受けています。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●地域共生社会の視点に立ち、市町の全体像や地域像の把握に努められるとともに、他の関係機関と連携し、施設の特性を生かした地域公益活動の展開がさらに期待されます。</li> </ul>							

**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>							
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。		○			
<b>(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。</b>							
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。		○			
<b>(3) 利用者満足の上昇に努めている。</b>							
33	1	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</b>					
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。	○			
<b>(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。</b>					
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"> <li>●利用者の立場に立った「選ばれる施設づくり」を基本方針に掲げ、利用者の「人権擁護」「満足度」「リスク管理」の3つをサービス提供の柱と事業計画に位置づけ、人権擁護委員会、リスクマネジメント委員会において、利用者本位の福祉サービスの提供のための研修や、アンケートの実施、改善策の立案、再発防止に取り組まれています。</li> <li>●職員には年度初めに「人権侵害ゼロ職員の誓い」の提出を義務付け、利用者のプライバシーの重要性を意識づけています。</li> <li>●新築移転後、居室が全室個室となり、設備面でのプライバシー保護の課題が解消されています。</li> <li>●ヒヤリハットの報告件数が多く、組織としてリスクマネジメントの意識が高いことが窺えます。</li> <li>●満足度調査や人権標語の掲示等の取組が定着しています。</li> <li>●利用者が参加する「虹の会」や「華会」において、意見や要望を聞く取組が十分に機能していることも確認されました。</li> <li>●地震津波想定BCP(事業継続計画)を作成し、避難訓練は地域住民も参加して実施しています。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●措置施設時代の名残でしょうか、パンフレットを公共機関等外部に置いていません。地域に向けて積極的な情報提供をしているとは言えない面があります。施設の特性はありますので、資料などを公共機関等に配布し、施設を知ってもらう取組が期待されます。</li> <li>●苦情相談窓口や意見箱の設置はあるものの、その旨を利用者にわかりやすく伝える文書が未作成であり、努力が期待されます。</li> <li>●意思疎通の難しい利用者が多い中、わかりやすい説明文の作成や配布により、相談方法が自由に選べることを明確にする工夫が期待されます。</li> </ul>					

<b>2 福祉サービスの質の確保</b>					
<b>(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。</b>					
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。	○			
<b>(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。</b>					
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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(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"> <li>●各種マニュアルが整備され、文書化されており、各委員会で毎年の見直しも行われています。</li> <li>●食事・排泄・入浴・移動・移乗・睡眠・整容などの標準的な支援マニュアルが整備されるとともに、各委員会で毎年見直しをされています。</li> <li>●入浴や食事などの生活場面における個別の業務標準書を作成し、職員間のサービス提供にばらつきや間違いを防ぐ取組が機能していることが確認されました。</li> <li>●ネットワークシステムで支援計画と生活記録が一括管理され、施設で共有されています。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●個別支援はケアマネジメント手法によって推進されます。アセスメント、プラン、介入記録、モニタリングは一体のものです。ネットワークシステムで管理されていますが、これらは個別の支援計画と一緒にファイルし、ペーパーで供覧、押印をしながら一括管理を進める努力が期待されます。</li> </ul>					