

# 第三者評価結果表

施設名 柳井ひまわり園

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
<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	理念が明文化されている。					パンフレットや事業計画に理念が明示され、法人としての使命や目指す方向が確認できたので、a評価とした。
2	理念に基づく基本方針が明文化されている。					パンフレットや事業計画に基本方針が明示され、理念との整合性が確保されていることが確認できたので、a評価とした。
<b>(2)理念や基本方針が周知されている。</b>						
1	理念や基本方針が職員に周知されている。					理念・基本方針等が明記された小冊子を全職員が常に携帯し、毎日唱和しており、月1回の職員会議や支援会議で周知を図るなどの取り組みがなされているので、a評価とした。
2	理念や基本方針が利用者等に周知されている。					利用者の自治会や保護者会等で説明はしているが、理解を促すための工夫や継続的な取り組みが十分でない判断したので、b評価とした。
<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>						
1	中・長期計画が策定されている。					施設としての課題に対する取り組みへの意欲は感じ取れるが、具体的な中・長期計画が策定されていないので、c評価とした。
2	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。					年間の事業計画は策定されているが、中・長期計画が策定されていないので、c評価とした。
<b>(2)計画が適切に策定されている。</b>						
1	計画の策定が組織的に行われている。					担当職員がそれぞれ案を持ちよって計画を策定し、個別目標の見直しなども行っているが、組織的な取り組みまで至ってないと判断したので、b評価とした。
2	計画が職員や利用者等に周知されている。					年度当初口頭で説明するのみで、各計画の配布、詳しい説明がなされていないので、c評価とした。

【 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>						
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職員会議等で表明されてはいるが、その取り組みが十分とはいえないので、b評価とした。
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。					自立支援法やその他の関係法令、また経営に関する研修や勉強会に参加しているが、十分ではないと判断したので、b評価とした。
<b>(2)管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>						
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。					風通しのよい環境作りのために法人内の人事交流を図るなどサービスの質の向上に取り組んでいるが、十分ではないと判断して、b評価とした。
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。					職員との個別の面接、ヒアリングを行い職員間の関係作りや働きやすい環境作りに取り組んでいるが、十分ではないと判断したので、b評価とした。

評価対象 組織の運営管理

<b>1 経営状況の把握</b>						
<b>(1)経営環境の変化等に適切に対応している。</b>						
1	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。					社会福祉全体の動向や地域的な状況・変化を把握してはいるが、十分ではないと判断して、b評価とした。
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。					施設長とのヒアリングにおいて、経営状況の把握・分析がなされていることは確認できたが、課題を発見する取り組み等が不十分と史料されたので、b評価した。
3	外部監査が実施されている。					外部監査は実施されていないので、c評価とした。
<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>						
1	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。					福祉サービスの質を確保するために職員に対して精神保健福祉士などの資格の案内を行っているが、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していないため、c評価とした。
2	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。					人事考課が実施されていないので、c評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>(2)職員の就業状況に配慮がなされている。</b>						
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。					職員の意向は把握されているが、改善する仕組みの構築が十分ではないと判断したため、b評価とした。
2	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。					総合的な福利厚生事業を実施し、職員処遇の充実を図っていると判断したため、a評価とした。
<b>(3)職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>						
1	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。					研修計画はあるが、職員の教育・研修に関する組織としての基本姿勢が明文化されていないため、c評価とした。
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。					研修計画はあるが、職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画ではなかったため、c評価とした。
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。					研修後の伝達講習の開催や復命書の所見に書いたりしているが、次の研修計画に反映されていないため、b評価とした。
<b>(4)実習生の受け入れが適切に行われている。</b>						
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。					実習生は受け入れてはいるが、受け入れに関する基本姿勢が明文化されていないため、c評価とした。
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。					実習生の受け入れ担当者を配置しているが、計画的なプログラムによる育成について取り組まれていないと判断したため、b評価とした。
<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>						
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。					事故発生対応マニュアルがあり、避難訓練、薬の副作用などの研修、救急救命の講習会などを実施し、定期的に安全確保の検討を行うなど組織として安全体制を整備されていることが確認できたため、a評価とした。
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。					安全確保・事故防止の研修は行っているが、事故事例などの要因の分析、対応策の検討までには至っていないと判断したため、b評価とした。

【 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>						
1	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。					地域との関わりの大切さについて、理念や事業計画に明示しており、地域行事や園内行事での交流を積極的に行っていることから判断して、a評価とした。
2	事業所が有する機能を地域に還元している。					マイクロバスの貸出しや地域交流ホームを自治会総会の会場や地域の夏祭りや秋祭りの休憩所として開放するなど、施設の有する機能を積極的に提供していることから、a評価とした。
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。					ボランティア受け入れに関する基本姿勢が明文化されていなかったため、c評価とした。
<b>(2)関係機関との連携が確保されている。</b>						
1	必要な社会資源を明確にしている。					施設として必要な社会資源の明示や地域との関係機関・団体のリスト、資料が作成されていなかったため、c評価とした。
2	関係機関等との連携が適切に行われている。					小学校や地区社協との連携はあるが、関係機関・団体との定期的な連絡会等を行っていないため、c評価とした。
<b>(3)地域の福祉向上のための取り組みを行っている。</b>						
1	地域の福祉ニーズを把握している。					地域住民に対する療育相談事業を開催するなど、福祉ニーズの把握に努めているが、十分とはいえないと判断したため、b評価とした。
2	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。					福祉ニーズに基づいた事業・活動がなされていないため、c評価とした。

#### 評価対象 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>						
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。					利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されており、園長や副園長が朝・夕礼や会議などで示すなど、職員間で共通理解がなされていることから判断して、a評価とした。
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。					利用者のプライバシー保護に関する規程、マニュアルが整備されていなかったため、c評価とした。

【 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>						
1	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。					利用者の自治会活動の中で行事の検討を行ったり、食事委員会で嗜好調査を行ったりしているが、十分とはいえないので、b評価とした。
2	利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。					自治会活動等での意見を基に、班会議、リーダー会議で話し合っているが改善への取り組みが十分でない判断して、b評価とした。
<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>						
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。					担当職員が個室もしくは会議室で相談に乗ったり、帰省した人には電話をするなどしているが、全体的に相談しやすい環境が十分とはいえないので、b評価とした。
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。					苦情解決の仕組みが確立しているが、利用者や家族に十分周知されていなかったため、b評価とした。
3	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。					利用者からの意見等に対する対応マニュアルが整備されていないため、c評価とした。
<b>2 サービスの質の確保</b>						
<b>(1)質の上昇に向けた取り組みが組織的に進められている。</b>						
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。					福祉サービスの質の上昇に向けて、PDCAの取り組みを行っているが、十分に機能していないと思われるので、b評価とした。
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。					サービス内容の改善課題についてリーダー会議などで情報共有しているが、十分ではないと判断したため、b評価とした。
3	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。					課題に対する改善策・改善計画を検討しているが、具体的な取り組みには至っていないと判断されたため、b評価とした。
<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>						
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。					個別支援計画が作成され、個々のサービスについての作業手順書に基づいたサービスが提供されていたため、a評価とした。
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。					作業手順書の定期的な検証はしているが、必要な見直しをしていないことから、b評価とした。

【 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>						
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。					利用者のサービス実施状況が記録されているが、職員間で記録内容にばらつきが生じていると判断したため、b評価とした。
2	利用者に関する記録の管理体制が確立している。					個人情報保護の規程はあるが、記録管理が十分できていると判断できないので、b評価とした。
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。					利用者情報をパソコンで管理し、朝・夕礼にて職員間で情報の共有を行っていることが確認できたため、a評価とした。
<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>						
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。					パンフレットでの情報提供や見学、体験入所の紹介を行っているが、十分ではないと判断したため、b評価とした。
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。					重要事項説明書等において利用者や家族に対して説明していることが確認できたため、a評価とした。
<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>						
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。					利用者のサービスの継続性に配慮した引継ぎや申送りの手順が定められていなかったため、c評価とした。
<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>						
1	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。					統一された様式に従ってアセスメントが実施され、定期的な見直しが行われていることが確認できたため、a評価とした。
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。					利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が明示された個別支援計画があることが確認できたため、a評価とした。
<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>						
1	サービス実施計画を適切に策定している。					利用者一人ひとりのサービス実施計画の策定にあたって、組織での体制が確立しており、実際に機能していることが確認できたため、a評価とした。
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。					サービス実施計画について半年に一度の評価・見直しを実施していることが確認できたため、a評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>5 利用者の安心の確保</b>						
<b>(1)健康管理が適切に行われている。</b>						
1	健康管理が適切に行われている。					利用者一人ひとりに対して実施される健康管理項目が明示され、マニュアルに沿った健康管理が適切に行われていることが確認できたので、a評価とした。
<b>(2)心身の変化に対する対応が適切に行われている。</b>						
2	心身の変化に対する対応が適切に行われている。					利用者の心身の変化に対応して嘱託医に、また必要に応じて専門の医療機関との連携も取れていることから判断して、a評価とした。
<b>(3)心身の変化に対する情報について適切に記録されている。</b>						
3	心身の変化に対する情報について適切に記録されている。					記録が十分でなく、家族等への定期的な情報提供もなされていないことから判断して、c評価とした。
<b>(4)運営内容が整備され、開示が適切に行われている。</b>						
4	運営内容が整備され、開示が適切に行われている。					運営内容は整備されているが、開示については積極性が見られないと判断したので、b評価とした。