

第三者評価結果表

施設名 華南園

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	○				法人としての理念は、ホームページ、パンフレット、事業計画に明記されており、理念から法人の使命や目指す方向が確認されたため、a評価とした。
2	2	○				理念に基づいた基本方針がホームページ、パンフレット、事業計画に記載されており、年度毎に実施する福祉サービスに対する基本的な考え方や姿勢を示すものとして確認されたため、a評価とした。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1	○				理念や基本方針は、職員採用時において説明され、現任職員には年度初めの職員会議時に文書を配布して説明しており、その後も継続して周知していることが確認できたので、a評価とした。
4	2	○				保護者には、総会時にパワーポイントを活用してわかりやすく説明し、利用者には、毎月の「話し合おう会」で説明しており、周知にむけて継続的な取り組みが確認されたので、a評価とした。
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	○				法人として、平成26年から5年間の「中期経営計画」が策定されていることが確認できたので、a評価とした。
6	2	○				「中期経営計画」の内容を踏まえた事業計画が策定されていることが確認できたので、a評価とした。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1	○				業務内容について部門別に評価・見直しを行った上で、施設長をはじめ課長、主任、各部署職員で横断的に開催される運営会議において検討し、計画が策定されていることが確認できたので、a評価とした。
8	2	○				事業計画は職員会議で配布し説明し、利用者には「話し合おう会」、家族には家族会で説明しており、積極的な周知の取り組みをしていることが確認できたので、a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	○				管理者は、毎月の運営会議や、日々の職員会議や朝礼などで、自らの役割と責任について表明しており、組織内での信頼のもとにリーダーシップが発揮されていることがヒアリングで確認されたため、a評価とした。
10	2	○				虐待防止法など、遵守すべき法令等について施設長自らが各種研修や、会議に出席しており、職員に対しては、職場内研修を実施して周知していることが確認できたので、a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	○				サービス検討委員会をはじめ施設内に設置されている8つの委員会に自らも積極的に参画し、管理者としての指導力が発揮されていることが確認されたため、a評価とした。
12	2	○				管理者自ら毎月開催される運営会議において、施設経営状況等の資料を作成・説明し、半期ごとに収支の状況を確認するなど、経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力が発揮されていることが確認されたため、a評価とした。

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	○				身体障害者療護施設長会議をはじめ、県内や中・四国地方の施設協議会への参加により事業経営を取り巻く動向について把握している。また、防府市の自立支援協議会などへの参画により、地域の情報についても的確に把握されていることが確認されたため、a評価とした。
14	2	○				運営会議や職員会議を通して、経営状況の分析、利用者の推移、稼働率の分析等を行い、改善すべき課題を発見しており、施設全体でのエコオフィスの仕組みづくりなど、組織的な取り組みが確認されたため、a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	○				事業報告書や収支計算など事業運営に関わる情報についてホームページで開示がされるとともに、施設内にも書類として常備されており、運営内容の開示が適切に行われていることが確認されたため、a評価とした。
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	○				中長期計画において、専門性の高い人材の確保として資格所得者数の数値的目標を掲げ、障害者雇用についても数値目標を掲げるなど具体的なプランが確立されていることが確認されたため、a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。	○				主任以上の職員は能力考課や成績効果における人事考課が実施されており、一般職員においても人事考課実施要領に基づいて試行で行われるなど、効果基準を含んだ各要領が作成・運用されていることが確認されたため、a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。	○				各職員の年休消化や時間外労働などの就業状況が定期的に把握され、時期を定めて自己申告制度により各職員の意向を把握し、改善する仕組みが構築されている。また中長期計画に職員のメンタルヘルスへの配慮が掲げられ、組織的に職員の就業状況への配慮が確認されたため、a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、健康福祉財団、法人互助会の各種事業が活用され、総合的な福利厚生事業に取り組まれていることが確認されたため、a評価とした。
(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。	○				中長期計画に職員の資質向上について明記され、法人の職員研修実施要綱において職員に求める基本的姿勢や意識が明示されていることが確認されたため、a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組が行われている。		○			新任職員にはチューター制度が活用され、各職員に研修受講カードが整備されるなど、研修状況が把握され、各研修への参加・計画に役立てられているが、経験年数や職務に応じた職員個別の研修計画までは作成されていないため、b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。		○			研修を終了した職員は職員会議等で復命研修を実施すると共に、研修受講アンケートを取り、研修内容や今後に役立てるための取組みがされているが、個別の教育・研修計画の評価・見直しまでには至っていないため、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。	○				実習受け入れマニュアルが作成され、実習担当者の設置と共に、資格に応じた個別プログラムが作成・実施されていることが確認されたため、a評価とした。
25	2 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	○				実習担当者と学校側が連携し個別プログラムを整備しており、昨年度は、大学生の実習から中学生の職場体験まで21名を受け入れるなど、積極的な取組みが確認されたため、a評価とした。
3 安全管理						
(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。						
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。	○				感染症を始め地震や津波を含めた消防・防災計画など各種マニュアルが整備されると共に、リスクマネジメント検討委員会において検討・協議されており、利用者の安全確保のための体制が整備されていることが確認されたため、a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。	○				ヒヤリハットや事故事例を基に、リスクマネジメント検討委員会を定期的に開催し、要因分析と対応策について話し合っている。結果は、職員会議で職員に周知を図り、研修にも組み込んでいることが確認されたため、a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	○				事業所の基本理念に、地域と共に歩む施設づくりを掲げている。事業所主催の秋華祭や開園祭、地域の祭りへの作品展示、市の風船バレー大会やキラリンピックへの参加などを通して地域との交流が図られていることが確認されたため、a評価とした。
29	2	○				毎年行っている家庭介護教室では、車いす移乗の方法等の専門的な技術講習や利用者の生活体験を語る機会の提供など、事業所が有する機能を地域に還元する取り組みが確認されたため、a評価とした。
30	3	○				事業計画にボランティアの受け入れが明示されており、ボランティア受け入れ担当者の設置と共に、マニュアルに基づいて積極的なボランティアの受け入れを行っていることが確認されたため、a評価とした。
(2) 関係機関との連携が確保されている。						
31	1	○				外出が可能な方には介護タクシーの手配や確認を行うなど、必要な社会資源について、職員間で情報共有が行われると共に、利用者へ情報の提示が行われていることが確認されたため、a評価とした。
32	2	○				市の社会福祉施設連絡協議会へ参画し、施設間の連携を図るとともに、自立支援協議会を通じて障害者関係団体や事業所、行政などとの連携が図られていることが確認されたため、a評価とした。
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。						
33	1	○				相談支援事業を通じて利用者や地域の福祉ニーズを把握するとともに、自立支援協議会等を通じて、市内の状況や関係機関の情報が把握されていることが確認されたため、a評価とした。
34	2	○				相談支援事業の職員の増員やショートステイへの対応、地域貢献プラスワン事業を始めとした家庭介護講習会の内容に関する大幅な見直しなど、地域ニーズに応じた事業・活動を行う姿勢と取り組みが確認されたため、a評価とした。

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	○				事業計画に利用者を尊重したサービス提供について明示されている。人権擁護検討委員会において、人権に関する標語を作成し、施設内の掲示や朝礼での唱和、毎月の振り返りなどを行う他、身体拘束や虐待防止についての職員研修が行われており、組織内での共通理解に取り組まれていることが確認されたため、a評価とした。
36	2	○				プライバシー保護に関する対応マニュアルが整備され、事業計画にも入浴や排泄のケアをはじめとしたプライバシー保護について明記されており、職員間に積極的に周知されていることが確認されたため、a評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
(2) 利用者満足の向上に努めている。						
37	1	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	○			事業計画に利用者満足度の向上が明示され、定期的な利用者満足度調査の実施や、利用者満足度を把握する話し合おう会や保護者会を実施していることが確認されたため、a評価とした。
38	2	利用者満足度の向上に向けた取組を行っている。	○			サービス改善検討委員会を中心に満足度調査結果を分析、検討し職員会議等で周知されている。食事についても利用者一人ひとりの嗜好調査が行われ、利用者参画のもとに検討会が実施されていることが確認されたため、a評価とした。
(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。	○			施設玄関には意見箱が設置され、利用者相互で話し合う自治会や、毎月開催される施設との話し合おう会の開催、第三者委員や担当職員による相談対応など、多様な形で相談や意見を述べる環境を整備していることが確認されたため、a評価とした。
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(苦情解決の責任者、担当者、第三者委員の設置)が整備され、苦情解決の内容については、利用者の話し合おう会や保護者会総会で積極的に周知されていることが確認されたため、a評価とした。
41	3	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	○			苦情解決マニュアルにもとづき、利用者や家族からの意見等への対応策については玄関に掲示し報告を行うなど、迅速な対応を行っていることが確認されたため、a評価とした。
2 サービスの質の確保						
(1) 質の向上に向けた取組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。	○			第三者評価を3年に1度受審し、年1回事業所独自で自己評価を実施している。評価内容については、サービス改善検討委員会を中心に分析・検討が行われており、定期的並びに組織的に行われていることが確認されたため、a評価とした。
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。	○			自己評価の結果についてサービス改善検討委員会を中心に検討分析が行われ、改善課題を明らかにし、職員で共有していることが確認されたため、a評価とした。
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、今後取り組む課題に対する改善方針が明記され、年3回から4回のサービス改善検討委員会において推進されていることが確認されたため、a評価とした。
(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。	○			食事、入浴、排泄及び服薬管理など個々のサービスについて標準的な実施方法がマニュアルとして整備されており、内部研修を通して職員に周知されていることが確認されたため、a評価とした。
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。	○			サービスの標準的な実施方法について、サービス改善検討委員会において見直しが図られ、マニュアル毎に改定時期が記録され、組織的に管理、運用されていることが確認されたため、a評価とした。

【 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。	○			サービスの実施状況は、各ユニットごとや部門ごとにパソコン内の援助記録表に個別に記録されていることが確認されたため、a評価とした。
48	2	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○			文書事務取扱規定に記録の保管や廃棄、文書の閲覧制限等について定められ、個人情報保護規定や情報公開規定などに基づき、適切に記録を管理していることが確認されたため、a評価とした。
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。	○			各ユニットにおいて引き継ぎ簿が作成され、パソコンを通じて全利用者の必要な情報を共有するとともに、横断的に開催されている評価会議においても情報の共有が図られていることが確認されたため、a評価とした。
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。	○			ホームページや、パンフレットにより必要な情報が提供されるとともに、施設見学や体験入所にも積極的に応じ、利用希望者に対して必要な情報提供が行われていることが確認されたため、a評価とした。
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。	○			サービスの開始にあたっては、契約書、重要事項説明書、利用料金説明書によって利用者家族に説明し同意を得ていることが確認されたため、a評価とした。
(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。	○			事業所の変更や家庭への移行については、相談支援事業所やケアマネジャー、事業所の管理者と連携をとると同時に、サマリーを作成し継続したサービス提供に努められていることが確認されたため、a評価とした。
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。	○			定期的に評価会議が実施され、サービス管理責任者や他職種で情報交換を行いながらアセスメントを行い、利用者の身体状況、生活状況を正確に把握し共有する取り組みが行われていることが確認されたため、a評価とした。
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。	○			個別支援計画や栄養ケア計画、リハビリテーション計画において、利用者ごとのニーズや課題が明示されていることが確認されたため、a評価とした。
(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。	○			サービス実施計画の作成責任者が定められ、サービス管理責任者や栄養士、看護師、PTなど横断的な関係職員において評価・検討する体制が確立され、実際に機能していることが確認されたため、a評価とした。
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。	○			半年毎に、各利用者の評価会議が実施され、横断的な職員の参画により評価・見直しがされていることが確認されたため、a評価とした。