

# 第三者評価結果表

施設名 山口県みほり学園

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。					法人の事業計画の中に基本理念がうたわれており、施設内にも掲示されているので、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。					「事業計画」および「運営方針」にて、理念に基づく基本方針が明文化されており、その内容は法人の理念と整合性も確保されていると判断し、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。					ヒヤリングにより、職員へは年度当初に配布し、会議等で説明するなど周知していると認められ、また施設内に理念等が掲示されていることが確認できたので、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。					保護者会での説明は行っているが配布は行っていないので、c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。					平成16年度から20年度までの中・長期計画が確認できたので、a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。					中・長期計画に沿った事業計画が作成されていたので、a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。					計画策定が職員の参画のもとに行うよう努力されているものの、各職員の意見が反映される仕組みは確立されておらず、計画策定が十分に組織的に行なわれているとは判断できなかったため、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。					計画は、職員へは配布しているが、利用者および家族には配布されていないので、b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。					利用者とのかかわりの場面での助言・指導等、また、日々の問題等への判断・助言等を行っていることは確認できたが、管理者自らの役割や責任についての表明は十分とは言えず、役割の文書化がなされていないので、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。					児童福祉法や虐待防止法等の法令には敏感であるものの、人事・労務・管理・運営に関する法令についての意識が不十分と判断し、法のリスト化の作成が行われていなかったため、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。					質の向上に向け、職員会議等にて周知しながら指導するとともに、保護者とのトラブル、利用の問題等において、管理者の判断力・リーダーシップが発揮されていることが確認できたので、a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。					多様な専門職配置の必要や利用者減少による状況での経営が難しいなか、ニーズの変化に対応し、業務の効率化を図る努力がなされていることが聞き取れたので、a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。					法人として情報の収集を図り、また全国情緒障害児短期治療施設協議会との連携をとるなど事業経営を取り巻く環境を的確に把握されている状況がうかがえたので、a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。					法人及び施設として分析、改善に向けた取り組みがなされていることが確認できたので、a評価とした。
3	外部監査が実施されている。					外部監査を行っていないため、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。					資格取得のための特別休暇制度等を設けてはいはいるが、求められる人材像、また、その目標を達成するための具体的な研修制度等のプランが作成されていないので、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。					自己申告制度は行っているが、客観的な判断材料に基づく人事考課は行われていないため、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。					年次休暇の取得を促したり、職員個別のヒヤリング等にて相談に応じたりはしているものの、職員の意向を十分に把握し、分析・検討する仕組みが整っていないと判断し、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。					福利厚生センターへの加入がなされていたため、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。					事業計画での明示及び研修計画方針の作成が確認できたので、a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。					全体の研修計画は策定、実施されていることは確認できたが、個別の職員に対する具体的な取り組みがなされていないので、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。					個別の研修計画の策定がなされていないため、個別評価の実施までには至っていないので、c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。					実習生の受け入れに対する基本姿勢の明示が確認できなかったため、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。					実習生の受け入れに関するプログラムが作成されていることが確認でき、積極的に取り組んでいると判断されたため、a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。					緊急時(火事・事故・感染症等)のマニュアルを作成し、組織として対応がなされていると判断し、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。					ヒアリング、事故報告書等の事例が組織として収集されておらず、分析がなされていないと判断し、c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。					地域とのふれあいを目的とした行事等が積極的になされていると史料されたので、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。					のびのびキャンプの開設や通所の相談事業等、施設の持つ機能を地域に還元していることが確認できたので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。					ボランティアの受け入れに関する基本姿勢が明示されていないので、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。					必要な社会資源が明確化され、職員間で共有されていると史料されたので、a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。					関係機関との連携が十分なされていることが確認できたので、a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。					県内唯一の施設であり、児童相談所との連携を図り全県のニーズ把握に努めていると史料されたので、a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。					県内唯一の機能を持った施設として社会的ニーズの変化にも対応し、またホームページに相談コーナーを開設するなど地域の福祉ニーズに対応していることが確認できたので、a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。					福祉サービスについての基本姿勢が明示され、「その暮らしさを大切に」というスローガンのもとに職員へ周知徹底させているので、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。					事業計画の一部にプライバシー保護のことがうたわれているが、プライバシー保護の規程・マニュアル等が整備されていないため、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。					事業計画にて利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示され、また児童の部屋長会議等にて児童の意見を取り入れる仕組みがあり、結果もサービス向上につながる体制整備がなされているので、a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。					月1回の園内研修会の後、生活指導部の会議にてこども達の部屋長会議での意見等を検討しており、向上に向けた取り組みが行なわれていると判断し、a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。					施設の特性から個別の面接を随時行い、相談室も設置し、環境は整備されていると判断し、a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。					第三者委員は定められているが、定期的な会議は開かれておらず、仕組みが十分に確立されていないと判断し、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。					児童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行われている。</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。					全国情緒障害児施設協議会の評価基準をもとに自己評価を定期的実施しており、体制を整備していると判断し、a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。					自己評価に基づき「ボランティアの受け入れやこどもの自己選択の方法等」の課題を見つけ検討していることが聞き取れたので、a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。					課題に対して改善計画を策定し実施していることが確認できたので、a評価とした。例えば、こどもの食育の課題に対しての改善策を聞き取ることができた。
<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。					個々のサービスについて標準的な実施方法、確認体制が明文化されていないので、c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。					標準的な実施方法について定期的な検証がされていないため、c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。					ケース記録等にて、記録が適切に行なわれていることが確認できたので、a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。					記録に関する諸規定(管理責任者、保管保存、廃棄、情報開示等)が定められていないので、c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。					1日4回の申し送り、重要な情報については文書申し送り、またパソコン活用等により、職員が情報の共有を適切に行な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。					ホームページ、パンフレット、広報誌等にて必要な情報を提供していることが確認できたので、a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。					児童相談所からの措置であるため、説明・同意は児童相談所の対応となるが、施設としても説明や同意がなされていることから、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。					児童相談所と連携のもと、サービスの継続性に配慮した対応を行っていると判断し、a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。					児童相談所の指示に基づいたアセスメントを行っていることが確認できたので、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。					ケース記録等により適切に明示されていることが確認できたので、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。					児童相談所と定期的なケース会議を開催し、計画の策定・修正をしていることが確認できたので、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。					児童相談所との連携により、計画の評価・見直しが行なわれていると判断し、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。					健康管理に関するマニュアルが作成され、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。					嘱託医、協力病院との連携も確立されており、適切に対応されていると思料されたので、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。					ケース記録において日常生活情報等が正確に記録され、保護者等にも定期的に報告されていることが確認できたので、a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。					運営状況等を機関紙・ホームページ等へ掲載しているが、詳しい情報の開示は求めに応じてのみにとどまっているので、b評価とした。