

評価報告概要表

■第三者評価機関

名 称	社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
評価調査日	令和元年11月18日（月）

■福祉サービス事業者情報

名 称	聖和苑	種 別	救護施設
代表者氏名	苑長 在木 大介	開設年月日	昭和58年4月1日
設置者	社会福祉法人 博愛会	定員(利用人数)	60名(65名)
所在地	〒747-1221 山口市鑄銭司3354		
電話番号	083-986-2112	FAX番号	083-986-3655
ホームページアドレス	http://www.hakuaikai-yamaguchi.jp/		

■総 評

全体を通して(事業所の優れている点、独自に工夫している点など)

◇特に評価の高い点

- ・定期的に第三者評価を受審(6回目)されており、常にサービスの質の向上に取り組む姿勢が伺えます。
- ・法人全体で経営状況を分析し、明らかにされた経営課題を職員が共有して、施設全体で改善に取り組まれています。
- ・施設運営に関しては、施設長を中心に職種を問わず全職員が情報を共有できる仕組みが構築されています。
- ・多様なクラブ活動や作業が用意され、利用者の自己決定や自己選択が尊重されています。

◇改善を求められる点

- ・法人の理念や施設の基本方針の周知について、工夫が必要かと思われます。
- ・福祉人材養成と職員の資質向上の観点から、実習生の受入れができるように指導者の配置を期待します。
- ・口腔衛生への更なる取組のため、歯科医や歯科衛生士等専門職との連携が望まれます。
- ・地域の生活困窮者支援への支援は救護施設に期待される大きな役割と言えますので、具体的な取組が待たれます。

■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

第三者評価受審も6回目を迎えた。
回を重ねる毎に、利用者サービスの質の向上の現状分析や新たな改善課題が、より明確となった。
今後も、法人の理念である「常に利用者の立場に立って考え、そして行動する」を念頭に、職員一丸となって「利用者本位」のサービスの質の向上に向けて、より一層努力邁進して参ります。

評価報告概要表

■評価分野別評価結果(分野別の特記事項)

I 福祉サービスの基本方針と組織	a	6	b	3	c	0	Na	0
<ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念や施設の基本方針が職員に周知されるよう、様々な機会に説明されています。 ・事業計画の策定や見直しについて、全職員で実施するとともに共有化されています。 ・第三者評価の定期的な受審や自己評価を実施されており、サービスの質の向上に積極的に取り組まれています。 								

II 組織の運営管理	a	15	b	3	c	0	Na	0
<ul style="list-style-type: none"> ・規程やマニュアルがしっかりと整備され、適切な施設運営管理がなされています。 ・福祉人材の確保・定着については、目標管理・達成シートにより具体的な取組が行われています。 ・有給休暇の取得状況の管理や資格取得手当など、職員にとって働きやすい職場づくりに努められています。 ・近くの幼稚園をはじめ地区社会福祉協議会、地域の方々との清掃活動など、地域との交流を積極的に続けられています。 								

III 適切な福祉サービスの実施	a	17	b	1	c	0	Na	0
<ul style="list-style-type: none"> ・「利用者主体」「心豊かな生活支援の実施」という理念や方針が施設全体に浸透しています。 ・利用者満足のために、利用者一人ひとりの意見を尊重した取組がされています。 ・前回の受審結果を受けて、可能なものは速やかに改善に取り組まれています。 								

IV 良質な個別サービスの実施	a	15	b	2	c	1	Na	0
<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画に基づき、利用者一人ひとりのニーズに対して適切な対応を心がけておられます。 ・プライバシーの保護に関しては、構造上の制約はあるものの、様々な工夫が凝らされています。 ・地域の生活困窮者支援については今後の取組が期待されます。 								

第三者評価結果表

施設名 救護施設 聖和苑

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
1 理念・基本方針					
(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。					
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) 施設内への掲示のほか、夕方のミーティング後に唱和することで、職員への周知が図られています。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者や家族への周知について工夫が必要かと思われます。</p>					

2 経営状況の把握					
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。					
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、具体的な取り組みを進めている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 法人全体で統一された分析方法が導入され、施設毎に経営課題を明らかにすると共に、役員や職員へも周知が図られています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

3 事業計画の策定					
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。					
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。	○			
(2) 事業計画が適切に策定されている。					
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。		○		
<p>(特に評価が高い点) ハード面ソフト面共に中長期計画及びそれに基づく単年度計画が策定され、事業計画の実施状況は半年毎に確認するなど計画的な事業運営がなされています。</p> <p>(改善が求められる点) 事業計画の利用者等への周知について工夫が必要かと思われます。</p>					

【 評価項目 】				a	b	c	Na
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) 全職員による定期的な第三者評価の受審と自己評価、それを踏まえた改善への取組など、組織全体で福祉サービスの質の向上に努められています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</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) 管理者の役割については明文化され、朝礼や職員会議の場でリーダーとして指導力を発揮されています。また、職員の目標管理・達成シートを通して意見を述べられています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>							

2 福祉人材の確保・養成							
(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。							
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。			○		
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。							
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。		○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。					
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。	○			
(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。					
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) 施設内研修の計画的開催及び外部研修への職員の積極的な派遣と、派遣時の明確な目標設定、研修受講後の職場へのフィードバックなど、しっかりとした成果につながる人材育成手法が取られています。</p> <p>(改善が求められる点) 福祉専門職を目指す実習生受入れに向け、有資格者への実習指導者講習会受講などを今後検討されることを期待します。</p>					
3 運営の透明性の確保					
(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。					
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) 定期的な第三者評価の受審をはじめ、法人内監査の年2回の実施のほか、財務への外部専門家による監査支援、施設内への各種情報の掲示、ホームページを通じた情報発信などに積極的に取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					
4 地域との交流、地域貢献					
(1) 地域との関係が適切に確保されている。					
23	1 利用者と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。	○			
(2) 関係機関との連携が確保されている。					
25	1 施設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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。					
26	1 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	○			
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) 地域環境美化活動のほか、年2回の会食サービスや毎月「元氣いきいき広場」と称しての健康教室や趣味講座などのレクリエーションの実施、防災や栄養等に関する勉強会の開催など、長年にわたる積極的な取組は高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

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。					
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。		○		
(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。					
30	1 利用者(予定者)に対して福祉サービス利用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。	○			
(3) 利用者満足の向上に努めている。					
33	1 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	○			
(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。					
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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(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。					
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) 利用者の安心・安全のための委員会が設置され、各種マニュアルも策定されています。利用者満足のために、利用者が意見を言える機会を多くもつなど配慮がなされています。</p> <p>(改善が求められる点) 建物構造上の問題もありますが、居室や浴室においてプライバシー保護の取組が求められます。</p>					

2 福祉サービスの質の確保					
(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。					
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。	○			
(2) 適切なアセスメントにより個別支援計画が策定されている。					
42	1 アセスメントにもとづく個別的な個別支援計画を適切に策定している。	○			
43	2 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	○			
(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) 規程や各種マニュアル等が策定され、福祉サービスの質が確保されています。各種マニュアルや個別支援計画は定期的に評価・見直しが行われ、サービスの実施状況も共有されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

IV 良質な個別サービスの実施(救護施設)

【 評価項目 】		a	b	c	Na
A-1 支援の基本と権利擁護					
(1) 支援の基本					
1	1 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	○			
2	2 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	○			
3	3 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	○			
4	4 利用者の自己決定を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	○			
5	5 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	○			
6	6 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。		○		
<p>(特に評価が高い点) 日中活動の様々な支援(作業支援やクラブ活動等)、外出支援等、個々のニーズに細やかに対応できる体制が取られています。自治会に代えてリーダー制を導入するなど、利用者主体での施設生活を多方面から支援されています。</p> <p>(改善が求められる点) 設備面の限界は否めないものの、利用者の生活環境の快適性が向上するよう工夫されることを期待します。</p>					
(2) 権利侵害の防止等					
7	1 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 委員会が設置され虐待防止マニュアルが策定されています。職場内研修もしっかりなされています。預り金規程を定め、適正な管理体制が構築されています。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者向けの権利擁護に関する情報提供を期待します。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
A-2 生活支援					
(1) 日常的な生活支援					
8	1 利用者の障害・疾病等の状況に応じた適切な支援を行っている。	○			
9	2 利用者の個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	○			
10	3 利用者の嗜好や心身の状況にあわせて食生活を支援している。	○			
<p>(特に評価が高い点) 施設及び法人の方針として、食事には特に力を入れておられ、利用者の満足感も高いことが確認できました。前回調査以降も新たな取組を開始され、利用者一人ひとりに合わせた対応も適切に取られています。</p> <p>(改善が求められる点) 設備上の限界がある中、入浴支援等もニーズに合わせた個別対応をされています。今後のハード面の整備が期待されます。</p>					
(2) 機能訓練・生活訓練					
11	1 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 作業活動をはじめ、エアロバイクの設置によるリハビリなど、利用者一人ひとりの状況に応じた取組が評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					
(3) 健康管理・医療的な支援					
12	1 利用者の健康管理の支援と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。		○		
13	2 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 嘱託医による定期的な健康相談のほか、近隣の各医療機関との連携、施設内における適切な服薬管理等の体制が構築され機能しています。</p> <p>(改善が求められる点) 法人内の人的資源の活用などで、定期的な口腔衛生指導が受けられる体制の確立を期待します。</p>					
A-3 自立支援					
(1) 社会参加の支援					
14	1 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 選挙や外出外泊など、利用者の意向を尊重した社会参加の支援が行なわれています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(2) 就労支援					
15	1 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 各種作業訓練を行っており、利用者一人ひとりの状況に対応がなされています。ニーズに対応して、一般就労に向けた支援をしてきた実績もあり、今後も個々のニーズ次第で対応する準備をされています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					
(3) 家族等との連携・支援					
16	1 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 施設の特性上家族のいる利用者が少ない中、担当職員手書きの近況報告の発送をはじめ、面会を通じての情報交換等、必要な連携・交流に取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					
(4) 地域生活への移行と地域生活の支援					
17	1 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 担当職員が相談に応じ、施設内で対応を検討の上、主治医、家族、福祉事務所とも連携して支援を行ってられます。過去には個のニーズに合わせた地域生活移行支援実績もあり、現在も必要に応じて速やかに同様の支援を行う体制にあります。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					
A-4 地域の生活困窮者の支援					
(1) 地域の生活困窮者の支援					
18	1 地域の生活困窮者等を支援するための取組や事業を行っている。			○	
<p>(特に評価が高い点) 特になし。</p> <p>(改善が求められる点) 地域の生活困窮者支援への取組や、関係機関との連携が求められます。</p>					