

# 第三者評価結果表

施設名 山口県 華南園

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	1					華南園を紹介した「要覧」の冒頭に「『その人らしさを大切に。』の理念のもと、あなたのなりたい自分を支援します。」と、事業所の姿勢を明記し、その他あらゆる印刷物、施設内随所に掲示するなど、利用者、職員等全ての人に対して事業所の目指す方向や考え方を明確にしている。
2	2					「選ばれる施設づくり」「地域とともに歩む施設づくり」「経営の基盤づくり」が基本方針として事業所内文書に明記され、職員の行動規範となっている。
<b>(2) 理念や基本方針が周知されている。</b>						
3	1					年度はじめ、全職員に事業計画書等を配付するとともに職員会議等で周知している。
4	2					年度はじめに利用者自治会において説明し、保護者会では、パワーポイントなどを活用した説明など、理解を深めるための工夫が認められる。
<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>						
5	1					5年ごとに策定されている中期計画(中・長期計画)は、福祉サービスの実施をはじめ質の向上、利用者の安全など広範囲な内容になっている。
6	2		-			事業計画は、中期計画の内容を反映したものと認められた。
<b>(2) 計画が適切に策定されている。</b>						
7	1					事業計画は、各部門ごとに原案を検討するなど全職員の参画によって策定されている。その後、組織の決定機関である運営会議で最終決定するとともに、毎月の実施状況の評価・見直しを行っている。
8	2					職員に対しては、事業計画を配付し、職員会議で重要ポイントの説明などを行っている。また、利用者に対しては、月1回開かれる利用者との懇談会「話し合おう会」で繰り返し説明をするなど理解を促すための取り組みを行っている。

【 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>						
9	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。					事業所内のパソコンネットワークにより、管理者の役割と責任について、随時確認できるようなシステムをとっている。また、業務分掌表によっても確認できた。
10	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。					遵守すべき法令を理解するために研修会や勉強会に参加し、職員への周知にしても積極的に取り組んでいる。
<b>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>						
11	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。					福祉サービスの質の向上を目指し、組織内に5つのワーキンググループ(人権擁護、サービス改善、リスクマネジメント、ユニットケア、給食)を立ち上げるなど、その指導力を発揮している。
12	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。					効率的な事業運営を目指すため、事業所内にパソコンネットワークシステムを構築し、職員間の情報の共有化を進めつつ、併せて紙資料の省資源化を図るなど業務改善への指導力を発揮している。

**評価対象 組織の運営管理**

<b>1 経営状況の把握と開示</b>						
<b>(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</b>						
13	1 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。					社会福祉事業全体の動向を身障協関係の全国会議、中・四国ブロック会議、県の会議等に参加し、最新の情報を収集している。
14	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。					経営状況の把握や分析は、法人である事業団が一括して行っている。特に経営課題となっている人件費縮減に取り組んでいる。
15	3 外部監査が実施されている。					指定管理者制度に伴う山口県の包括外部監査は、地方自治法による地方公共団体に対する監査であり、本基準が求めている社会福祉法人審査基準による外部監査とは異なるものと思料する。
16	4 運営内容の開示が適切に行われている。					事業所の業務及び財務に関する情報については、法人の機関紙(事業団やまぐち)に掲載し公表に努めている。また、ホームページでも必要な情報を発信している。
<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>						
17	1 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。					必要な人材や人員体制については法人本部がプランに基づいて実施しているため、事業所として独自に人事管理に関する方針は立てていない。

【 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。					平成19年度より試行的に主任クラスまでの人事考課制度が導入されている。今後は、これを一般職員まで拡大し、本格的な実施を目指している。
<b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>						
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。					職員の就業に関する意向や意見については、「自己申告制度」によって施設長に提出・面談のうえ、法人本部と調整し異動等に応じている。この他、職員がいつでも相談できる相談窓口(あんだんて)の利用などを奨励している。
20	2 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。					福利厚生センターへの加入をはじめ、山口県健康福祉財団にも加入し、法人においては職員互助会を設置し、福利厚生事業に取り組んでいる。
<b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>						
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。					平成20年度事業計画において、職員の資質の向上のため、研修のあり方を再検討する方向が示され、基本方針の運営計画でも「クラス別研修、7つの研修区分による研修計画の実施」を明示するなど、教育・研修に対する基本姿勢が伺われる。
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り組みが行われている。					平成16年度に法人にて研修計画を立てたが、評価基準が求めている職員一人ひとりの技術水準や知識、専門資格についての個別教育・研修計画の策定までには至っていない。
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、報告レポートの提出や報告会で発表し、その結果をパソコンデータベース「研修履歴カード」に記録され、今後の研修のデータとして活用される。
<b>(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。</b>						
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において「(実習は)将来の福祉を担う人材育成として積極的に行う。」と基本的な姿勢を明示し、それは職員の資質の向上や実習生の新鮮な評価、利用者との新しい出会いでもあることなど、積極的な姿勢が伺える。
25	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。					実習に際しては、担当職員を配置し、施設概要をはじめ、事前学習(個人情報保護など)、利用者について、日程表の説明、実習の心構えなどのプログラムを用意し、積極的に取り組んでいる。
<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>						
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。					利用者の安全確保のために事故に関するマニュアル、感染症に関するマニュアルなど多数策定し、職員会議などで周知徹底を図っている。
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。					詳細に策定されたリスクマネジメントマニュアルにより「ヒヤリハット」事例の収集と3ヶ月に1回開催されるリスクマネジメント検討委員会で要因分析に取り組んでいる。

【 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>						
28	1					地域行事への参加やボランティアの受け入れ、施設機能の還元など、地域との交流は、施設が地域の一員として必要なことであることを事業計画に明記するなど、積極的な姿勢を示している。
29	2					会議室の開放や車椅子の貸し出しをはじめ、専門性を活かした家庭介護教室の開催、地域を含めた総合防災訓練の実施など地域のニーズに応えている。
30	3					ボランティア受け入れについては、事業計画に明示されているの他、ボランティアマニュアルにおいてその必要性を明記し、体制を整えている。
<b>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>						
31	1					職員に対し、関係機関のリストを作成している他、事業所内パソコンネットワーク共用ファイルにおいて、常に閲覧できるよう情報の共有化に努めている。
32	2					市の福祉施設連絡協議会において、施設間の情報交換を定期的に行うなどのネットワーク化に取り組んでいる。
<b>(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。</b>						
33	1					地区自治会長や民生委員、ボランティアの方々と意見交換を持つ中で福祉ニーズの把握に努めている。
34	2					市の保健センターやヘルパーセンターと連携を図りながら、短期入所事業を積極的に取り組んでいる。

**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>						
35	1					事業計画において「利用者の尊厳と安心して豊かな人生を送れるようなサービスを目指す」ことを明示し、人権擁護検討委員会の取り組みや研修を行っている。
36	2					プライバシー保護についてまとめたマニュアルではないが、「サービスマニュアル基本理念」において「入浴介護、トイレ(排泄)介護、おむつ交換などの場面では、本人のプライバシーを最大限に尊重する」ことが明記され、入浴、排泄等の各マニュアルの中でもそのあり方が明示されている。

【 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>						
37	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「利用者の満足度をいかに高めていくかを念頭に、支援サービスを展開していく」とその姿勢を明示し、満足度調査を年1回実施している。また月1回利用者との懇談会「話し合おう会」で意向把握を行っている。
38	2 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。					利用者との懇談会や満足度調査で把握した結果をサービス計画に反映させている。
<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>						
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。					利用者が何でも発言できたり相談ができる懇談会（話し合おう会）の開催や支援員による相談（窓口）など、意見を述べやすい環境に配慮していることが伺われる。
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。					苦情解決の仕組みが整備され、責任者、窓口担当者、第三者委員等を含めて園内に掲示する他、利用者との懇談会においても説明するなど周知にも取り組んでいる。
41	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・質問・苦情については、「サービスマニュアル基本理念」において記録の方法や手順を示し、迅速に対応している。
<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>						
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。					毎年、法人が中心になって自己評価を実施しており、第三者評価も平成17年度に続き2回目の受審である。
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。					自己評価についての施設内分析は行っているものの、法人としての課題集約までには至っていない。
44	3 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。					評価結果から改善課題を明らかにしたが、居室の畳替えやカーテンの取替え、トイレ工事など設備面の改善がまだ実施されていない。
<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>						
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。					個々のサービスの標準的な実施方法は、「職員の業務に対する心得」の中の「介護サービスの基本姿勢」に明示され、それに基づいたサービスが実施されている。
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。					ワーキングチームによって定期的に見直しがされている。

【 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>						
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。					福祉台帳システム(コンピューターソフト「絆」)を導入し、利用者の生活記録をはじめ個別支援計画の記録などサービスの実施状況を適切に記録している。
48	2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。					利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程については、法人本部において定められ、それに基づいて実施している。
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。					パソコンのネットワークシステムを導入し、情報の共有化に努めている。
<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>						
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。					パンフレットの作成やホームページで情報提供を行っている他、施設見学など積極的に受け入れている。
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。					契約時に契約書、重要事項説明書及びサービス利用説明書によって説明し、利用者あるいは家族から同意を得ている。
<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>						
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際しては、園での健康状態等を記した概要表を手渡し継続性に配慮している。また、退所後の相談にも支援員が対応している。
<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>						
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。					療護施設版のパソコンソフト(施設のケアプラン)によってアセスメントを実施しており、6ヶ月ごとに評価・見直しを行っている。
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。					個別支援計画により個々のニーズや課題を整理してサービスの実施に努めている。
<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>						
55	1 サービス実施計画を適切に策定している。					一人ひとりの利用者のサービス実施計画を適切に策定している。
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。					サービス実施計画の見直しを6ヶ月ごとに評価・見直している。