

第三者評価結果表

施設名 山口県華の浦学園

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	○				理念は明文化され、法人の使命が文書や広報誌に記載、施設内へ掲示されていることが確認できたので、a評価とした。
2	2	○				3つの基本方針が明文化され、「事業計画書」への記載や施設内への掲示がなされており、その内容は理念と整合性が確保されていたので、a評価とした。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1	○				文書を配付し、「職員会議」等で説明するなど周知を図るほか、職員の名刺に印刷するなど一層の徹底がなされていたので、a評価とした。
4	2	○				保護者会時等に説明を行うなど周知を図られている。利用者に対しては、対象の年齢や障害の程度も様々であるが、利用者に理解してもらう工夫や努力がなされていたので、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	○				5カ年計画を策定し、その内容は福祉サービスの実施にとどまらず、質の向上、利用者の安全など広範囲な内容が確認されたので、a評価とした。
6	2	○	-			単年度の事業計画が中・長期計画を反映したものとなっ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	○				職員参画のもとで評価・見直し、年度末には組織的に計画の策定がなされていたので、a評価とした。
8	2	○				職員への周知は十分なされている。利用者に対して、年齢や障害の程度が様々であるが、理解してもらう工夫や努力がなされていたので、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 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	○				毎年、「業務分掌表」や「組織表」を作成し、役割と責任の表明がなされていたので、a評価とした。
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。		○			遵守すべき法令等は、事務室の書棚に最新版が並べられており、積極的な取り組みがうかがえるものの、リスト化等十分と確認できなかった。b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 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。	○				質の向上に意欲を持ち、自らも積極的に参画し、職員の意見とチームワークを重視しながら、改善に向けて組織としての取り組みに指導力を発揮されていると認められたので、a評価とした。
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。	○				「パソコンネットワークシステム」を導入し、情報に関して効率化を図るなど、エコオフィス化を積極的に取り組み、利用者へのサービス低下防止やサービス向上に臨まれる姿勢が確認できたので、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 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。		○			「経営改善計画書」の作成により、環境把握に取り組みられているが、十分と確認できなかった。b評価とした。
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。	○				経営状態の把握や分析は、法人である事業団が一括し行っているが、施設自らが意識を持ち、取り組んでいることが確認できたので、a評価とした。
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し、c評価とした。
16	4 運営内容の開示が適切に行われている。	○				事業団広報紙やホームページへの情報提供や、施設内でも書面を整備し、掲示されていることが確認できたので、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 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。		○			法人の「事業計画」等において、人材に関するプランは作成されているものの、施設として計画に基づいた人事管理は十分でない判断し、b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。		○			平成19年度より主任以上の職員に対する人事考課制度を導入。今後は、一般職員まで拡大し、本格的な実施を目指していたので、b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。		○			職員の職場異動に対して事前のヒアリングなどを行い、意向や改善の仕組みが用意されているが、十分と確認できなかったため、b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」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。	○				職員の教育・研修に関する基本姿勢が明文化され、毎年、「研修実績報告」と「研修計画」を法人本部に提出するなどの取り組みがなされていたため、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り組みが行われている。		○			職員の経験年数、職務に配慮した研修を行っているが、個別の職員に対して「教育・研修計画」が組織的に取り組まれているものではないと判断し、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。	○				定期的に「発表・評価・分析・反映」を実施。パソコン内では各個人の生涯研修履歴がデータとして活用できる仕組みがあったため、a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。	○				実習生受け入れに関する基本姿勢が明示されており担当者も設置、マニュアルも整備されていたため、a評価とした。
25	2 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	○				実習生の多様な種別に対するプログラムの準備等、育成についての取り組みができていると確認できたため、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り組みが行われている。						
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。	○				利用者の安全確保のため、「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ことが確認できたため、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。	○				2ヶ月毎「リスクマネジメント検討委員会」を開催し、要因分析及び防止への取り組みがなされていたため、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	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	○			「地域交流マニュアル」を作成し、外出支援や公共交通機関の利用支援の他、地域の行事や活動に参加する際、個々のニーズにおいて柔軟に対応が出来ていることが確認できたので、a評価とした。
29	2	事業所が有する機能を地域に還元している。	○			施設が持つ機材の地域への貸し出しや、「福祉や防災に関する講習会」を開催するなど積極的に還元がなされていると判断し、a評価とした。
30	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対してのマニュアルを作成し、ボランティア登録やリポート活動など工夫がなされており、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	必要な社会資源を明確にしている。	○			関係機関・団体について、その連携の必要性も含めたリストや、個々の利用者の状況に対応できる社会資源をHP上で「福祉マップ作り」作成がなされていることが確認できたので、a評価とした。
32	2	関係機関等との連携が適切に行われている。	○			関係機関や地域団体などとの定期的な連携を図られていたため、a評価とした。
(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。						
33	1	地域の福祉ニーズを把握している。	○			地域の具体的な福祉ニーズを把握するため積極的な取り組みがなされていると判断し、a評価とした。
34	2	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	○			把握したニーズに基づいた事業・活動が実施されており、日中一時預かりの他、配食、防災、救急法など多様な取り組みがなされていたため、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	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。	○			理念・基本方針に利用者尊重の姿勢が明示され、施設内での共通理解や周知について積極的な取り組みがなされていると判断し、a評価とした。
36	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。	○			マニュアルが整備され、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組みがなされていると判断し、a評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
(2) 利用者満足の上昇に努めている。						
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。	○				利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示され、個別面談の実施や満足度調査など積極的・具体的な取り組みが整備されていたので、a評価とした。
38	2 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	○				児童会や日々利用者と接する中、利用者の声を尊重することに努め、そのために職員には代弁機能の上昇が図られ、実際に利用者満足の上昇に向けた取り組みがなされていたので、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。	○				利用者の対象年齢から相談援助という文言はそぐわないが、利用者がいつでも・何でも発言したり、相談したりできる環境整備に配慮していることが確認できたので、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。	○				苦情解決の体制が整備され、掲示板などに明示し、苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族にフィードバックしており苦情解決の仕組みが整備されていることが確認できたので、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。		○			利用者からの意見等に関する対応は速やかになされているが、その対応マニュアルの整備や見直しの実施について十分とはいえないと判断し、b評価とした。
2 サービスの質の確保						
(1) 質の上昇に向けた取り組み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。	○				サービス内容について、定期的な評価を行う体制が整備されていると判断し、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。	○				実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしておき、職員参画により共有化が図られていることが確認できたので、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。		○			評価結果から明確になった課題については、計画を見直し、改善に向けて努力はされているが、改善計画の策定などまだ努力を期待すべく課題が残るため、b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。	○				個々のサービスについてマニュアルが策定されており、それに基づくサービスの提供がなされていることが書面により確認できたので、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。	○				標準的な実施方法について定期的または、随時に検証し、必要な見直しが行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
(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。	○				「福祉台帳システム」(コンピューターソフト)を導入し、電子化に取り組みられているなど適切な記録がなされていると確認できたので、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。	○				「利用者の記録の保管・保存・廃棄に関する規程」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たので、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。	○				パソコンの「ネットワークシステム」を導入し、職員間で共有化が図られていたため、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。	○				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、施設見学にも積極的に対応していると確認できたので、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。	○				サービス利用開始時に、サービス提供内容(個別支援計画書)・「重要事項説明書」等を説明し、利用者や家族に同意を得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。	○				定められた書式と手順により、担当者が関係先にサービスの継続性に配慮した引継ぎを行っているためと判断し、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。	○				適切な手順でアセスメントがなされ、支援計画にも反映されていると見られ、また、半年毎の見直しを実施していたので、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」にニーズや課題を明示し、記録されていることを書面により確認できたので、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。	○				利用者個々の「サービス実施計画」が適切に策定されていたので、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。	○				半年毎に定期的な評価・見直しが行われていたため、a評価とした。