

# 第三者評価結果表

施設名 山口育児院

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。					基本理念が就業規則第39条に「児童の権利に関する条約及び児童福祉法の精神に基づき、児童の権利擁護及び自立支援を保障する処遇を提供する」と法人の使命・役割が記載されていることを確認した。しかし、今後明示方法等を検討する必要がある。
2	理念に基づく基本方針が明文化されている。					提出資料の中に「基本方針」と題した資料が添付されていたが、事業計画書の項目をそのまま再掲したものと思慮され、事業計画の重点事項の前提となる基本的な考えや姿勢を明示したものとしては十分ではない。
<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。					年度当初の職員会や処遇会議で事業計画を明示し、全職員に配布しているとのことであるが、理念は就業規則に記載しており、基本方針については、前項目の理由の通り内容に不十分な点があるので、周知について十分とはいえない。
2	理念や基本方針が利用者等に周知されている。					児童養護施設の場合、利用者を児童・家族・児相・地域など、どのように定義づけるかという問題はあるが、その特殊な事情のため配布や説明等の取り組みは行われていない。
<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。					児童養護施設の場合、その特性上中・長期計画の策定は困難との見解を示しているが、その運営が措置制度によるものとしても理念や基本方針の実現のために組織体制の整備、設備の整備、職員体制の確立、人材育成など3～4年を見通し、目標を定めた計画が必要と思われる。
2	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。					この評価基準が求めている中・長期計画と当該年度の事業計画との連動性については認められない。
<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。					事業計画案の策定は、施設長以下2名の管理者による管理運営委員がが原案を策定し、以後職員会議を経由して理事会で決定されるが、評価基準が求めている職員等の参画と実施状況の評価・見直しの点で十分とは認められない。
2	計画が職員や利用者等に周知されている。					事業計画は、職員会や処遇会議等を通して職員に配布をし説明をしているものの、利用者に対してのわかりやすい説明資料による周知の点でなお十分とはいえない。

【 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。					管理者の役割と責任を明確にしたものではないが、施設長の職務事項について審議し執行するための「管理運営委員会」の設置および規定を設けるなど、組織内の信頼性を高める努力が払われている。
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。					管理者が経営に関する研修会等に参加し、法令や倫理を理解するための取り組みを行っているが、関連法規などのリスト化や職員への周知の点で十分ではない。
<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。					管理者が自ら福祉サービスの質の課題を把握し改善を図るため、組織内の体制を構築するなど、その指導力を発揮しているものと思慮される。
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。					管理者は、勤務形態の改善、超過勤務問題の解消、週40時間労働の実施など職員の働きやすい環境など経営や業務の改善に向けた取り組みにそ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</b>						
<b>(1)経営環境の変化等適切に対応している。</b>						
1	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。					全国段階・県段階・種別協等の研修会をはじめとして福祉事業の動向や利用者の変化など経営をとりまく環境把握に努めているが、中・長期計画や事業計画への反映等の取り組みの点で不十分と思われる。
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。					処遇上の問題点や人事に関する事項、設備上の問題点など職員参加による処遇会議において検討しているが、中・長期計画や事業計画への反映の点で十分とはいえない。
3	外部監査が実施されている。					外部監査は行われていない。
<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。					理事会の機能強化をはじめ指導員・心理職の増員など実現を図っているが具体的なプランの立案までには至っていない。
2	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。					職員として雇用初期段階の試用期間3ヶ月に限ってチェックが行われているが、評価基準が求めている本来の人事考課の実施にはなお取り組みが必要と思われる。

【 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。					職員の就業状況の把握は、主任を含めた管理運営委員会がチェックリストをもとに実施し、職員会等で検討する仕組みが構築されている。
2	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。					職員互助会の設置や県健康福祉財団の活用などを行っているが、総合的な福利厚生事業の実施にまでには至っていない。
<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。					就業規則第41条に「研修機会の利用」についての努力規定があるが、基準が求めている基本姿勢は基本方針や中・長期計画に明示することを期待しているものである。
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。					全国・ブロック・県段階の研修会については、参加職員を年度当初きめているが、職員一人ひとりの研修計画が策定されるまでには至っていない。
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。					研修成果の評価が定期的に行われるまでには至っていない。
<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。					実習生に対する事前打ち合わせ資料など「実習生の手引き」を作成し、積極的に受け入れる姿勢を示しているが、さらに組織として実習生受け入れに関する基本的な考え方・方針を明確にすることが利用者や職員の理解を深めるためにも必要である。
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。					実習生への受け入れにあたっては、様々な配慮をしていることが伺われるが、実習生の専門性に応じた実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムを策定することが望ましい。
<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。					緊急時においては、「火災時対応」「無断外出、病気・ケガの対応」「児童間暴力初期対応」などの各種マニュアルの整備をはじめ非常時の連絡網など安全確保のための体制に心がけていることが確認された。
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。					施設内の安全確保を図るには、業務に携わる職員の知恵が欠かせない。そのため、「危険への気づき」に関する事例の収集と分析について組織的に取り組むことを期待したい。

【 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。					地域との関わりについては、事業計画において 子育て支援事業との連携 ボランティアの積極的受け入れ 地域への施設開放 施設行事への参加促進などが明記され、積極的な姿勢が伺われる。
2	事業所が有する機能を地域に還元している。					上記事業計画に明記のとおり、施設内の「地域交流スペース(多目的ホール)」の貸し出しの他、施設行事への参加促進を積極的に行っている。
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。					事業計画書に明記されていることが、その基本的姿勢として理解したい。しかし、受け入れに際しての登録手続き、ボランティアの配置、事前説明等を定めたマニュアルの作成等を含めた体制確立が望まれる。
<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。					「児童に関する危機管理要領」に記載されている県内児童関係機関や専門職の一覧を活用し、職員への情報の共有化への配慮が見られるが、児童養護施設として特有の社会資源に関するリスト化の充実も望みたい。
2	関係機関等との連携が適切に行われている。					児童相談所と定期的にケース協議を行っている。
<b>(3)地域の福祉向上のための取り組みを行っている。</b>						
1	地域の福祉ニーズを把握している。					具体的な福祉ニーズ把握のための取り組みは行っていない。
2	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。					事業計画において 短期入所サービス(児童ショートステイ)事業の受け入れ トワイライト通所サービス(児童夜間保護)事業の受け入れが明記されるなど具体的な事業を実施している。

#### 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>						
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。					法人定款の第1条に「利用者が個人の尊厳を保持しつつ、心身ともに健やかに育成されるよう支援する」と利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、併せて「児童の権利ノート」の研修も行っている。
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。					居室のカーテンなど仕切りを設け個人のプライバシー空間への配慮をしているが、プライバシー保護に関する規定やマニュアル等の整備はされていない。

【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。					就業規則において「児童一人ひとりの最善の利益を優先し、最善の処遇を図るものとする」という姿勢を明示し、施設内に意見箱を設置する他、院長が個別の聴取を行うなど利用者満足向上への努力の一端が伺えるが、定期的な調査や利用者・家族との懇談など可能な限り実施することも必要と思われる。
2	利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。					意見箱あるいは担当者が把握した意見については引継ぎミーティングの際に対応を検討しているが、検討内容の記録、改善策の記録が確認できなかった。
<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。					児童には「権利ノート」を配布するほか、相談方法への配慮として施設内での相談の場合、カウンセリングルーム、親子訓練室、心理療法室などを利用して落ち着いた環境で行うようにしている。
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。					苦情解決委員会の設置を平成18年2月8日に立ち上げ、まだ日が浅いこともあって、児童等へのわかりやすい資料の配布や説明・掲示等十分機能しているとはいえない。
3	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。					意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策についてのマニュアルが未整備であり、その検討も期間を要するなど、迅速とはいえない。
<b>2 サービスの質の確保</b>						
<b>(1)質の向上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。					この評価基準項目が求めている自己評価、第三者評価については、今回初めての受審のため、まだ定期的に評価を行う体制が整備されていない。
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。					実施した自己評価、第三者評価のうち自己評価については、全職員が参加して取り組み、その結果を分析するなどしているが、それに基づく課題等の共有化については十分ではない。
3	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。					評価によって明らかになった課題は、上記のような理由から改善策や改善計画が実施されるまでには至っていない。
<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>						
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は、「自立支援計画票」「月別チェック票」など標準的な実施方法を定めている。
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。					標準的な実施方法の見直しについては、職員や利用者からの意見等を踏まえて月2回開催される処遇会議において行われている。

【 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>						
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。					利用者一人ひとりのサービス実施計画は、「ケース記録」で適切に記録されていることを確認した。
2	利用者に関する記録の管理体制が確立している。					利用者に関する記録管理については、鍵のかかるロッカー等に保管しているが、保管・保存・廃棄等に関する規程および責任者の配置が確立していない。
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。					利用者の状況等に関する情報については、記録諸表の回覧や職員室でパソコン資料の閲覧など職員間で知っておくべき情報が伝わるような配慮がなされている。
<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>						
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。					児童養護施設としての特性があるものの、利用希望者に対して施設を紹介したパンフレットの配布やホームページの設置、さらに施設見学、事前説明などの情報提供を行っている。
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。					施設でのサービス内容についての説明と同意を得ている。
<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>						
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。					施設の変更や家庭への移行に際しては、サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。
<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。					利用者の身体状況や生活状況などの課題は、月別課題チェック表により把握しているが、アセスメントの手順を組織として定めるには至っていない。
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。					利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題については、児童自立支援計画票および月別課題チェック表によって明示されている。
<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>						
1	サービス実施計画を適切に策定している。					利用者一人ひとりのサービス実施計画の策定は、管理運営委員会のメンバーの他に正副主任および担当者を加え、自立支援計画票作成検討会を設置して策定している。
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については、処遇会議で一人づつABC評価を行い、見直しを図っている。

【 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。					利用者一人ひとりの健康管理については、年2回実施する定期健康診断綴によって管理項目が明示されている。
<b>(2)心身の変化に対する対応が適切に行われている。</b>						
2	心身の変化に対する対応が適切に行われている。					利用者の心身の変化に対しては、嘱託医および常勤の心理担当職員により適切な対応が図れるような体制を整えている。
<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。</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。					利用者の日常生活等の情報については保健記録に記載されている。
<b>(4)運営内容が整備され、開示が適切に行われている。</b>						
4	運営内容が整備され、開示が適切に行われている。					決算書等の運営内容については、適切に開示されている。