

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	平成 29年 12月 18日 (月)

■福祉サービス事業者情報

名 称	救護院	種 別	救護施設
代表者氏名	施設長 山本 章友	開設年月日	昭和26年4月16日
設 置 者	社会福祉法人 三篠会	定員(利用人数)	60名(60名)
所 在 地	〒731-5143 広島県広島市佐伯区三宅2丁目1番2号		
電 話 番 号	082-921-1122	FAX番号	082-921-7766
ホームページアドレス	http://www.misasakai.or.jp/about/		

■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

法人の理念・実践方針に解説を加えた手帳を全職員に配布して理解と周知を図り、期待する人材像を明確にしています。施設長のリーダーシップのもと職員が連携し総合力を発揮するとともに、利用者の主体性を尊重した施設運営が行われています。

定期的に第三者評価を受審し、福祉サービスの質の向上のための取組を組織的に行い、また公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のため、内部・外部監査の実施や法人内の施設間で財務等の相互チェックを行っています。

利用者処遇については、生活の場としての開放的な施設づくりを目指し、利用者の出入りを自由にしたことや、地域との交流を深めてきたことが挙げられ、プライバシー保護や過ごしやすい環境づくりのための個室化への取組が評価できます。経済的理由や障害などによって、在宅での日常生活が困難な人が対象の措置施設という制約を受ける中であって、独自の取組として、体力の維持や役割を持つことで生きがいのある生活を目指す「よるこびワーク」、生活の質の向上を目指す「スマイルサロン」、職員と楽しい時間を一緒に過ごす「あそぼう会」など、独自のサービスを提供していることも評価できます。

◇改善を求められる点

福祉サービスの課題の解決や更なる充実のため、中・長期の事業計画及び収支計画が策定されることを期待します。また、福祉サービス計画において、PDCAサイクルが機能するよう計画の評価・見直しを行い、サービスの質を確保されるよう期待します。

■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

--

第三者評価結果表

施設名 救護院

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) 法人の理念・実践方針は、ホームページや広報誌、行事などを通じて周知に努めている。また、全職員に理念・実践方針を記載した手帳を配布し、業務中や研修時に活用している。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</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、具体的な取組を進めている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 施設長が区社会福祉協議会の地域福祉活動計画の委員として参画し、福祉に対する動向や福祉サービスのニーズ等の把握に努めている。法人のキャンパス会議、施設内のリーダー会議で経営状況や課題を把握・分析し、改善すべき課題については、改善に向けての具体的な取組を進めている。</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) 事業計画の策定や評価・見直しは、各部署の職員個々の意見が反映され、組織的に行われている。また、利用者には毎月行われる全体連絡会等を通じて、内容をわかりやすく工夫して周知している。</p> <p>(改善が求められる点) 措置施設としての難しさもあると思われるが、福祉サービスの更なる充実、課題の解決のため、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等に関する具体的な中・長期計画を策定されたい。</p>					

【 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) 福祉人材の確保に向け、人事・労務関係規則が整備されている。職員一人ひとりが目標達成シートを作成し、達成状況の自己評価と上司による評価・個人面談を定期的に行い、職員本人の意向にも沿った人材育成の取組が行われている。</p> <p>(改善が求められる点) 法人研修や施設内部研修の実施など、職員一人ひとりの教育・研修の機会の確保に努めているが、次の研修計画に反映できるように、職員一人ひとりの研修の記録化、ファイル化をされたい。</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) 事業・財務状況は、内部及び外部監査を実施している。また、法人内の施設間で財務相互チェックを定期的を実施し、運営の透明性の確保に努めている。</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 福祉施設・事業所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
(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) プライバシー保護や虐待防止に向けて取り組んでいる。また、利用者の満足度を高める活動や、苦情解決に向けた取組が組織的に行われている。事故防止や感染症予防にも対策委員会を設置し、組織的に活動している。災害時の取組は組織的に、また地域住民との連携のもとに実施している。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</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福祉サービス実施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福祉サービス実施計画を適切に策定している。	○			
43	2 定期的に福祉サービス実施計画の評価・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) 個別支援計画については、サービス担当者会議において、適切にモニタリングや見直しが行われている。</p> <p>(改善が求められる点) 標準的なサービスの実施方法や提供している福祉サービスの定期的な評価・見直しを行い、サービスの充実を図りたい。また、職員間の情報共有のためにも、個別支援計画の内容に沿った記録の整備をされたい。</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 利用者の尊重					
(1) 利用者の尊重					
1	1	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	○		
2	2	利用者の主体的な活動を尊重している。	○		
3	3	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する声かけや見守りと支援の体制が整備されている。	○		
4	4	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	○		
<p>(特に評価が高い点) 外出や地域活動など、利用者の主体的な活動を尊重し支援されている。就労支援の前段階的な「よろこびワーク」や、生活の質を高める「スマイルサロン」「あそぼう会」などでエンパワメントを図っている。</p> <p>(改善が求められる点) 開放的処遇に向け、メニューの更なる開発をされたい。</p>					
(2) 利用者の権利擁護					
5	1	利用者の権利を擁護する具体的な取組が行われている。	○		
<p>(特に評価が高い点) 虐待防止や権利擁護などに関するマニュアルを整備し、研修を行っている。職員間では、朝礼時に職員の相互のストレスチェックを行っている。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					
(3) 家族との連携・交流					
6	1	家族との連携・交流が積極的に行われている。		○	
<p>(特に評価が高い点) 家族との交流が少ない利用者が多い中で、施設として面会時間の配慮や広報誌の送付、行事案内などを行っている。</p> <p>(改善が求められる点) 家族との交流を深めるため、更なる取組を進められたい。</p>					
(4) 生活環境づくり					
7	1	利用者が過ごしやすい環境づくりに取り組んでいる。	○		
<p>(特に評価が高い点) 二人部屋の個室化を進めており、私物の持ち込みも可能な限り進めている。自室以外でも少人数で過ごせる空間を用意するなど、利用者が過ごしやすい環境づくりに取り組んでいる。</p> <p>(改善が求められる点) 多床室の個室化にも取り組まれたい。</p>					

【 評価項目 】				a	b	c	Na
(5) 衣服							
17	1	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。		○			
18	2	衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。		○			
<p>(特に評価が高い点) 利用者の好みに合った衣服の選択ができるよう買い物支援などを行っている。衣類の補修や汚れについても対応が適切に行われている。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>							

(6) 理容・美容				a	b	c	Na
19	1	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。		○			
20	2	理髪店や美容院の利用について配慮している。		○			
<p>(特に評価が高い点) 理容・美容の面では、職員により月2回行われている「スマイルサロン」での化粧等が、利用者の生活の質や意欲の向上に寄与している。また、施設においては月1回理容の日があり、地域の理美容院の利用も可能である。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>							

(7) 睡眠				a	b	c	Na
21	1	安眠できるように配慮している。		○			
<p>(特に評価が高い点) 個人の睡眠状況を記載した生活記録により職員が情報を共有し、安眠できるよう支援に力を入れている。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>							

(8) 健康管理				a	b	c	Na
22	1	日常の健康管理は適切である。		○			
23	2	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。		○			
24	3	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。		○			
<p>(特に評価が高い点) 嘱託医・地域の医師との連携のもと、看護職員が中心となって健康管理を行っている。定期的な検診も行われている。精神障害のある人の服薬管理を重要な治療と捉え、看護職員と介護職員が連携を取り、誤薬のないようにしている。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>							