

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5年11月29日（水）

■福祉サービス事業者情報

名 称	はなのうら	種 別	福祉型障害児入所施設
代表者氏名	施設長 岡村 育子	開設年月日	昭和47年6月1日
設置者	山口県社会福祉事業団	定員(利用人数)	16名(14名)
所在地	〒747-0833 防府市大字浜方205-1		
電話番号	0835-22-3280	FAX番号	0835-22-3279
ホームページアドレス	http://iigvotan-vg.jp/hananoura/		

■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

中・長期計画では、施設を取り巻く環境や経営状況、課題が的確に把握されています。単年度計画では、課題解決・目標達成に向けた取り組みが具体的に策定され、組織的な取り組みが実施されています。また、法人の理念である「その人らしさを大切に」の実現を目指し定期的に第三者評価を受審、毎年の施設自己評価や満足度調査の実施等、組織的にサービスの質の向上に向けた取り組みが継続して実施されています。

施設長は、役割と責任を含む職務分掌について明文化され、会議・研修の場において自らの言葉で説明されると共に職員自身がサービス向上のためのマネジメントが出来るように指導され、スキルアップの機会を与える等、指導力を発揮されています。

人材確保の為、幅広い媒体を活用されると共に新規採用試験の回数増加等、組織的な取り組みが実施され、成果を得られています。人材定着についても「チューター制度」の採用や「自己申告書」による意向の把握が実施され、実効性のある取り組みがされています。

職員が遵守すべき行動が明記された規程や事故・感染症・災害対策等のマニュアルが整備され、利用児が安心・安全に過ごすための取り組みが実施されています。また、利用児の意見や要望等の確認を行う為、「にじの会」が月に1度開催され、出された意見・要望を実現するための取り組みが積極的に実施されています。

利用児が自分の思いを表出できるよう、様々なツールを用いたコミュニケーションが図られ、得られた思いを個別支援計画に反映し、サービスを提供する仕組みが構築されています。また、職員の専門性を高めるため、計画的に様々な研修に参加を促す取り組みが実施されています。

◇改善を求められる点

特になし。

■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

はなのうらでは、小規模グループケアを導入し、できる限り良好で家庭的な環境の中で手厚い支援が行えるよう日々努力しています。

意思疎通の難しい利用児が多い中、権利擁護の理念の下、利用児との信頼関係を構築し、意思表出をしやすい環境を提供しています。

なお、心理士を配置し、虐待を受けた児童等の心理治療も行っています。

今回の評価を励みに、今後も「その人らしさを大切に～みんなの笑顔のために～」の基本理念の下、利用児の尊厳を守りながら、「自己決定支援」を心がけ、利用児の立場に立ったサービスの提供と支援内容の更なる充実を目指します。

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	9	b	0	c	0	Na	0
<p>理念・基本方針は文書化され施設内の様々な場所に掲示され、また、ホームページや名刺等にも明記されており、利用児やその家族だけでなく、何方に対しても周知が図られています。</p> <p>中・長期計画では、施設を取り巻く環境や経営状況、課題が的確に把握されています。単年度計画では、課題解決・目標達成に向けた取り組みが具体的に策定され、組織的な取り組みが実施されています。</p> <p>定期的な第三者評価を受審、毎年の施設自己評価や満足度調査の実施等、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みが組織的に実施され、利用者を主体とした真摯な取り組みがうかがえます。</p>								

II 組織の運営管理	a	18	b	0	c	0	Na	0
<p>施設長は、役割と責任を含む職務分掌について明文化され、会議・研修の場において自らの言葉で説明されています。また、職員自身がサービス向上のためのマネジメントが出来るように指導され、スキルアップの機会を与える等、指導力を発揮されています。</p> <p>人材確保のため、幅広い媒体を活用されると共に新規採用試験の回数増加等、組織的な取り組みが実施され、成果を得られています。人材定着についても「チューター制度」の採用や「自己申告書」による意向の把握が実施され、実効性のある取り組みがされています。</p> <p>運営の透明性を確保する取り組みとして、ホームページに法人理念・基本方針・事業計画・サービス内容が掲載されています。また、定期的に第三者評価を受審され、経営・運営改善の取り組みが実施されています。</p>								

III 適切な福祉サービスの実施	a	18	b	0	c	0	Na	0
<p>倫理規程、行動規範により職員が遵守すべき行動が明記されると共に事故・感染症・災害対策等のマニュアルが整備され、利用児が安心・安全に過ごすための取り組みが実施されています。</p> <p>利用児の意見や要望等の確認を行う為、「にじの会」が月に1度開催され、出された意見・要望を実現するための取り組みが積極的に実施されています。</p> <p>利用児の心身状況や本人・ご家族の意向が反映された個別支援計画が作成され、それに基づいたサービス提供・評価・見直しが行われています。</p> <p>利用児の情報は、電子及び紙媒体で円滑に共有できる仕組みが構築されています。</p>								

IV 良質な個別サービスの実施	a	16	b	0	c	0	Na	0
<p>利用児が自分の思いを表出できるよう、絵カードや写真等様々なツールを用いたコミュニケーションが図られ、得られた思いを個別支援計画に反映し、サービスを提供する仕組みが構築されています。また、職員の専門性を高めるため、計画的に様々な研修に参加を促す取り組みが実施されています。</p> <p>居室は、全て個室となっており、寝具も選択できる等、利用児が過ごしやすい環境が整備されています。また、看護職員と嘱託医・協力病院が連携され、健康管理が適切に行われ、利用児が安心・安全に生活できるよう配慮した対応が実施されています。</p> <p>外出・外泊については、利用児本人やご家族の意向に沿って実施され、外泊から戻られた際には、健康チェックを行い、感染予防にも努められています。また、LINEアプリの活用や電話交流等、感染流行時においても、最大限家族と連携を図る取り組みが実施されています。</p>								

第三者評価結果表

施設名 福祉型障害児入所施設 はなのうら

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) ホームページ、パンフレット、名刺等にも理念・基本方針が明記されると共に施設内においても様々な場所に掲示され、周知が図られています。 (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、具体的な取り組みを進めている。	○		
<p>(特に評価が高い点) 定期的に市内の福祉関係者が集まる会議等に施設長が出席し、地域福祉の動向を把握する機会を確保しています。 施設を取り巻く環境や経営状況、課題が的確に把握され、課題解決に向けて分析、数値管理の徹底が図られており、具体的な取り組みが実施されています。 (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) 法人の中・長期計画は5年毎に作成され、中・長期計画、目標達成を推進するための単年度計画が策定され、その内容は、全職員、利用児及びそのご家族へも周知されています。 (改善が求められる点) 特になし。</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) 定期的な第三者評価受審、施設自己評価、満足度調査の実施等、組織的にサービスの質の向上に向けた取り組みが行われています。また、規程も整備され得られた調査結果を基に改善点については委員会や現場の会議にて検討・対応が継続的に実施されています。</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効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) 施設長は役割と責任を含む職務分掌について明文化され、会議・研修の場において自らの言葉で説明されています。また、職員自身がサービス向上のためのマネジメントが出来るように指導され、スキルアップの機会を与える等、指導力を発揮されています。</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り組んでいる。	○			

【 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研修・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) 人材確保のため、ハローワークの登録やチラシ掲載等、幅広い媒体を活用されると共に新規採用試験の回数増加等、組織的な取り組みが実施されています。人材の育成、定着についても「チューター制度」の採用や「自己申告書」による意向の把握等が実施され、実効性のある取り組みがされています。 年間多くの実習生を受け入れており、積極的な取り組みをしています。 (改善が求められる点) 特になし。</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) ホームページに於いて、法人理念・基本方針・事業計画・サービス内容等が掲載され、誰もが施設状況を知り得る体制を整えられています。また、法人に会計監査人を設置されている他、定期的な第三者評価の受審等も受けられ、より高度なチェック体制が敷かれ経営・運営改善に取り組まれています。 (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
(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 地域の福祉ニーズ等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) 地域との交流やボランティアの受け入れ、地域ニーズに応じた「防災教室」「介護体験教室」の開催や講師の派遣等、積極的な取り組みが行われている。また、福祉避難所の指定を受けられ、施設内で食料や備品を保管・管理する体制が取られています。 (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 利用希望者に対して福祉サービス選択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) 「役職員倫理規程」、「職員行動規範」の整備により職員が遵守すべき行動が明記されると共に、事故・感染症・災害対策等の対応マニュアルが整備され、利用児が安心・安全に過ごすための取り組みが実施されています。月1回「にじの会」を開催され、利用児の意見や要望を確認・実現する機会を設けられており、満足度調査や人権標語の掲示、唱和等、満足度の向上に向けた取り組みも行われています。 (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) 利用児の心身状況や本人・ご家族の意向が反映された個別支援計画が作成され、それに基づいたサービスの提供・評価・見直しが行われています。利用児の情報は、電子及び紙媒体で効果的に共有できる仕組みが構築されています。 (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(障害児施設:居住サービス)

【 評価項目 】		a	b	c	Na
A-1 利用者の尊重と権利擁護					
(1) 自己決定の尊重					
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。	○			
(特に評価が高い点) 利用児毎に個別の思いを支援できるように計画が策定されており、利用児の特性に合わせて、言葉だけでなく文字や絵、写真などを用いて、本人の思いを汲み取る取り組みが実施されています。 (改善が求められる点) 特になし。					
(2) 権利侵害の防止等					
2	1 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	○	/		
(特に評価が高い点) 人権擁護・虐待防止委員会が設置され、マニュアルの整備や見直しが行われています。また、定期的な研修会の実施、人権擁護に関する標語の掲示等、現場において虐待防止の為の取り組みが実施されています。 (改善が求められる点) 特になし。					
A-2 生活支援					
(1) 支援の基本					
3	1 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	○			
4	2 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。	○			
5	3 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	○			
6	4 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。	○			
7	5 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	○			
(特に評価が高い点) 利用児が自分の思いを表出できるよう、様々なツールを用いたコミュニケーションが図られ、得られた思いを個別支援計画に反映されるなど、サービスを提供できる仕組みが構築されています。また、計画的に様々な研修に参加され専門性を高める取り組みがされています。 (改善が求められる点) 特になし。					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(2) 日常的な生活支援					
8	1 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。	○			
<p>(特に評価が高い点) 支援方法には栄養ケアマネジメント計画書、食事・入浴・排泄基準書、リハビリ計画書等が作られ、職員が共通理解の下で、個別支援計画が実施されています。また、嗜好調査による献立作りや利用児の活動状況に応じた入浴時間の変更等、利用児の状況に応じた個別支援も実施されています。 (改善が求められる点) 特になし。</p>					
(3) 生活環境					
9	1 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) 建物内は明るく、清潔に保たれています。居室は全て個室となっており、寝具も選択できる等、利用児が過ごしやすい環境が整備されています。また、利用児が安心・安全に生活できるよう配慮した対応が適切に実施されています。 (改善が求められる点) 特になし。</p>					
(4) 機能訓練・生活訓練					
10	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) 心理士による治療や理学療法士による機能訓練が実施されています。実施にあたっては、専用の部屋や様々な備品・職員手作りの道具が用意され、より良い環境で訓練が受けられるようになっています。 (改善が求められる点) 特になし。</p>					
(5) 健康管理・医療的な支援					
11	1 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	○			
12	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) 看護職員と嘱託医・協力病院が連携され、利用児の健康管理が実施されています。薬については、配薬服薬時に複数人で確認する体制が取られ、事故防止に努められています。事故が発生した場合も、検証、改善が行われ、再発防止策が徹底されています。 (改善が求められる点) 特になし。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(6) 社会参加、学習支援					
13	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) 外出や帰省については、利用児本人や家族の意向に沿って実施されています。帰省された際に体調不良が見られた際には、健康チェックを行い、感染予防にも努められています。 (改善が求められる点) 特になし。</p>					
(7) 地域生活への移行と地域生活の支援					
14	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) 利用児の能力に応じて、洗濯物たたみや清掃、配膳等の作業を担ってもらっています。また、地域生活への移行を希望された際には、ゲストルームでリビングケアを実施されています。 (改善が求められる点) 特になし。</p>					
(8) 家族等との連携・交流と家族支援					
15	1 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) LINEアプリの活用や電話交流等、感染症流行時においても最大限家族と連携を図る取り組みが実施されています。また、保護者の面会時には、職員との間で情報交換が行われ、常に利用児についての情報共有が図られています。 (改善が求められる点) 特になし。</p>					
A-3 発達支援					
(1) 発達支援					
16	1 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 食事・入浴・排泄支援基準書に基づき障害の特性に応じて支援すると共に利用児個別の課題は、会議などを通して共有され、個別支援が実施されています。就学前には、隣接する防府総合支援学校と情報交換を密にされる等、利用児を継続して支援する仕組みが構築されています。 (改善が求められる点) 特になし。</p>					