

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4年 10月 24日 (月)

■福祉サービス事業者情報

名 称	このみ園	種 別	福祉型障害児入所施設
代表者氏名	施設長 依 尚利	開設年月日	平成24年4月1日
設置者	社会福祉法人 山口県社会福祉事業団	定員(利用人数)	45名(38名)
所在地	〒759-0213 宇部市黒石北五丁目3番56号		
電話番号	0836-41-8145	FAX番号	0836-41-3313
ホームページアドレス	http://iigvodan-vg.jp/konomi/		

■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

法人理念や方針が施設の事業計画をはじめとする事業全般や日常的な利用者支援へも浸透していることが実感されます。幹部職員で開催される経営会議において、県内外の動向と合わせて経営状況の把握や分析が行われ、事業計画等も各部門の声を企画委員会で意見集約し、法人本部へ報告されています。法人で検討された内容は「経営だより」によって全職員に配布されています。園長のリーダーシップのもと、施設の自己評価を年1回、利用者満足度調査を2年に1回、第三者評価も3年に1回受審しており、サービスの質の向上に向けて処遇会議や各部門の会議が開催され、意欲的かつ組織的に取り組まれています。法人の中長期計画で「人材の確保・定着・育成」が掲げられ、人事評価制度や各職員からの自己申告書、ヒアリングを通じて一人ひとりの意向が確認されています。職員研修計画に基づき、新人研修や階層別研修、職種別研修が行われ、職員自らが「個別研修計画」の中で「なりたい職員像」を記載し、個別面接において具体的な取り組みを支援されるなど人材育成に取組まれています。専門性を重要視し、そのための研修や資格取得に育成の重点が置かれています。職員の質を上げること、利用者への支援が向上していく、また地域との交流も深まるとの考えが職員にも浸透しています。

安全安心の福祉サービス提供のため、感染症対策マニュアルや感染対策用の事業継続計画、火災や地震、津波や大雨などの天災にかかる各種計画やマニュアルが整備され、毎月施設内の訓練が行われるなど、体制整備や対応方法について組織的に取り組まれています。

施設の基本姿勢として「利用児の自己決定と選択の尊重」を掲げ、意思決定支援マニュアルに基づき、絵カードやサイン言語など利用者が意思表示を行いやすい方法がなされています。それにより、利用者の自己決定を尊重した個別支援が行われています。日常生活の場面ごとのマニュアルがエリアごとに整備され、利用者一人ひとりの心身の特性や年齢に合わせて利用者や家族とのつながりを深めるように考えられており、家族の意見が取り入れられた個別支援計画が作成されて支援が行われています。

◇改善を求められる点

評価結果の課題に対し、改善策や改善計画を作成することで一層の効果が期待されます。退所後の利用者や家族が相談しやすいように、相談を受け、決定を出し、相談者に返すなど、相談方法や担当者などが記載された文書を配布するとともに、具体的な対応を網羅するマニュアル作成が望まれます。

■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

福祉型障害児入所施設は県内に2か所しかなく、障害者福祉サービス全体の中でも1%に満たないわずかな領域です。

今回、第三者評価を受審し、施設の実態を伝える良い機会となりました。また、適切な評価をいただき、課題を明確に認識することができました。

今後も、権利擁護、意思表示の機会の保障、意思決定支援、自己選択の機会の保障など、児童の「育ち」を支えていく施設であることをしっかりと自覚し、こどもの健全な発達を促してまいります。

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	8	b	1	c	0	Na	0
<p>理念や基本方針が分かり易く明示され、職員や利用者・家族や関係者に周知される取り組みが行われています。それとともに、利用者の人権を大切に、一人ひとりが活かされていく社会へと実践されています。園では、障がい児への専門性が生かされ、地域の拠点となっています。事業計画や中長期計画、日常的な利用者支援の中にも大きく反映されています。</p> <p>毎月部門横断の幹部職員で開催される経営会議において、県内外の動向と合わせて経営状況の把握や分析が行われ、法人本部へ報告されています。法人で検討された内容は「経営だより」によって全職員に配布されています。</p> <p>施設の自己評価を年1回、利用者満足度調査を2年に1回、第三者評価も3年に1回受審しており、サービスの質の向上に向けて処遇会議や各部門の会議が開催され、意欲的かつ組織的に取り組まれています。今後改善内容について定期的かつ計画的に取り組むことで更に社会へ果立っていく利用者へ効果を発すると考えます。</p>								

II 組織の運営管理	a	18	b	0	c	0	Na	0
<p>園長は遵守すべき法令等を正しく理解し、施設の経営会議を通じて状況把握や分析を行うとともに、処遇会議等において福祉サービスの質の向上に指導力を発揮されています。法人の中長期計画で「人財の確保・定着・育成」が掲げられ、施設ごとの期待する職員像が明確化されるとともに、人事評価制度や各職員による自己申告書、ヒアリングを通じて一人ひとりの意向が確認されています。毎年策定される職員研修計画に基づき、新人研修や経験年数に応じた階層別研修、職種別研修が行われています。職員自らが「個別研修計画」の中で「なりたい職員像」を記載し、個別面接において具体的な取り組みを支援されています。</p> <p>法人の監事監査規程に基づき、単年度の監査計画が定められ、監査法人による会計監査が行われ、公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みが行われています。</p> <p>地域の福祉ニーズ把握に努められ、「発達支援セミナー」を年3回開催し、災害時の福祉避難所の役割を担うなど公益的な取り組みが行われています。</p>								

III 適切な福祉サービスの実施	a	16	b	2	c	0	Na	0
<p>法人理念である「その人らしさを大切に～みんなの笑顔のために～」に沿って、施設独自の職員行動規範が策定され、利用者を尊重した福祉サービスの提供を行うため、「意思決定支援マニュアル」に基づき、意思決定責任者が配置され、意思決定支援会議や個別ケース会議が開催されています。排せつや入浴、食事などの場面ごとの支援マニュアルが、利用者の特性に合わせてエリアごとに整備され、毎月開催する処遇会議において見直しが行われています。</p> <p>安全安心の福祉サービス提供のため、感染症対策マニュアルや感染対策用の事業継続計画、火災や地震、津波や大雨などの天災にかかる各種計画やマニュアルが整備され、毎月施設内の訓練が行われるなど、体制整備や対応方法について組織的に取り組まれています。</p> <p>高等部卒業後の移行に伴い、本人、保護者、総合支援学校や相談支援事業所等と調整し支援されており、退所後も一人ひとりを大切にされ相談を受けられています。相談方法や担当者などを記載した文書を配布することで、更に相談しやすくなると考えます。</p>								

IV 良質な個別サービスの実施	a	16	b	0	c	0	Na	0
<p>施設の基本姿勢として「利用児の自己決定と選択の尊重」を掲げ、意思決定支援マニュアルに基づき、絵カードやサイン言語など意思表示がしやすいコミュニケーションに取り組み、利用者の自己決定を尊重し常に利用者支援の在り方について気づく試みがなされ個別支援が行われています。</p> <p>日常生活の場面ごとのマニュアルが各エリアに整備され、利用者一人ひとりの心身の特性や年齢に合わせた個別支援計画に基づき支援が行われています。</p> <p>居室は原則個室で、好みの人形などを持ち込めるなど、くつろげる環境づくりに取り組まれ、自ら部屋の施錠ができるなど、快適性や安心・安全に配慮されています。</p> <p>日常的な生活場面において利用者の健康状態の把握に努められ、嘱託医や週1回来所される小児科医や精神科医との連携のもと、看護師を中心に各職員と連携して健康管理や医療的支援が行われ、その記録は職員間で共有する取り組みが行われています。</p> <p>中学部や高等部の利用者は、職業指導員により、作業スキルだけではなく、生活スキルや社会スキルなどの助言指導が行われ、退所後の生活を見越した支援が行われています。</p>								

第三者評価結果表

施設名 このみ園

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
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) 法人の理念や基本方針は、ホームページをはじめパンフレットや事業計画、施設内の掲示など誰の目にも触れやすく様々な方法で周知され、利用者や家族、職員や関係者に伝えられています。 (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) 毎月各部門の幹部職員で開催される経営会議において県内や国の動向と合わせて経営状況の把握や分析、また、法人本部への報告や検討をされて具体的に入所定員の見直しなどが行われています。法人本部で検討分析された内容は、「経営だより」によって全職員に周知されています。 (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) 各部門の職員参画のもと施設の事業計画が策定され、法人の事業計画や中長期計画と連動し事業実施されており、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、利用者や家族への理解を促す取り組みが行われています。 (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) 法人の定める自己評価実施要領に基づき、自己評価を年1回、利用者満足度調査を2年に1回実施し、第三者評価も3年に1度定期的に受審されています。サービスの質の向上に向けて、エリア処遇会議や各部門の会議が開催され、組織的に行われています。 (改善が求められる点) 評価結果については検討されているので、課題に対する改善策や改善計画を定期的チェックすることにより一層の向上が期待されます。</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) 施設長は各種会議や研修を通じて遵守すべき法令等を理解するとともに、職員に対して周知、理解する取り組みを行っています。また、サービス内容について協議検討を行う処遇会議を通じて、サービスの質の向上に対する取り組みに指導力を発揮しています。 (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) 施設の期待する職員像が明確にされ、人事評価制度や資格取得助成制度により適切な評価や資格取得への支援が行われています。自己申告書により他施設への異動希望を申し出ることや、職員一人ひとりのなりたい職員像に向けて、個別面接の実施や施設の研修計画に基づき園内研修や研修派遣が実施され、熱心に職員育成に取り組まれています。 (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) ホームページの活用等により事業計画や予算、事業報告や決算など適切な情報公開が行われ、苦情については協議検討されたのち、園内掲示板に掲示されています。第三者評価も3年ごとに今回5回目の受審であり、透明性の確保に努められています。法人の監事監査規程に基づき、単年度の監査計画が定められ、外部監査法人による会計監査が行われるなど公正で適正な経営・運営のための取り組みが行われています。 (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) 行政をはじめ各関係機関・団体、隣接する総合支援学校や園内外の地域行事を通じて様々な関係者とつながり、地域の状況や福祉ニーズの把握に努められています。知的・発達障害のある児童の保護者を対象とした「発達支援セミナー」が年3回開催され、災害時の福祉避難所として、災害時における地域の拠点となるなど、公益的な取り組みが行われています。 (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) 法人理念である利用者の立場に立った「その人らしさを大切に～みんなの笑顔のために～」に沿って、利用者の人権を尊重することを第一とし、福祉サービスに努められており、安全安心な福祉サービスの提供のための各種マニュアルが整備され、事故やヒヤリハットに対応するリスクマネジメント委員会や、感染対策委員会、消防・防災委員会など組織的かつ計画的に対応されています。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者や家族に対して、相談方法や担当者などを記載した文書、網羅するマニュアル作成が望まれます。</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) 排せつや入浴、食事などの場面ごとの支援マニュアルが利用者の特性に合わせてエリアごとに整備され、定期的開催される処遇会議において、標準的な支援の実施方法が検討されているとともに、利用者の特性に合わせたエリアごとの支援マニュアルが見直されています。</p> <p>(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。		○			
<p>(特に評価が高い点) 利用者に対する基本姿勢として「利用児の自己決定と選択の尊重」を掲げ、施設の定める意思決定支援マニュアルに基づき、エリアごとの児童会などを通じて、主体的な活動の意向を確認したり、生活にかかわるルール作り等話し合う機会を大切にされています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>							
(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。		○	/		
<p>(特に評価が高い点) 施設の虐待防止・対応マニュアルや身体拘束に向けた取り組み要領などが整備され、虐待防止委員会や身体拘束廃止委員会により、毎年研修会が実施されています。定期的に職員が権利侵害を行っていないか振り返ることができる、「子育てチェック表」を活用するとともに、不適切な支援を行わないための対応策、改善策を「適切な支援を目指して」のチェック表と照らし合わせ個人、エリア、園全体として取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>							
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。		○			
<p>(特に評価が高い点) 利用者一人ひとりの心身の特性や年齢、スキル、興味に基づいた個別支援計画が作成され、絵カードやサイン言語など利用者の意思表示がしやすいコミュニケーションが図られ、他の利用者とは適切な人間関係を構築することが苦手な児童には、ソーシャルスキルトレーニングなど状況に応じた適切な支援が行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>							

【 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) 日常生活支援の場面ごとの基本的なマニュアルがエリアごとに整備され、利用者の心身の状況に応じた個別支援計画に基づき、多職種連携で食生活、入浴、排せつ支援が行われています。食事については、楽しく食べられる環境整備をはじめ、月1回選択メニューの日があり、誕生月にはリクエストメニューが食べられるなどの工夫が行われています。 (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) 食堂、浴室、トイレなどは自然光が入る設計となっており、明るい雰囲気となっています。居室は原則個室であり、好みの人形を持ち込めるなど自由度が高く、利用者がくつろげる環境づくりに取り組まれ、自ら部屋の施錠ができるなど快適性と安心・安全に配慮されています。 (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) 中学部や高等部の利用者は、職業指導員により、作業スキルのみではなく、挨拶や片付けなどの生活スキル、バスの乗車方法や買物等の社会スキルについても助言・指導が行われ、退所後の生活を見越した支援が行われています。また、生活の中で家事、遊びの中で自立課題を行うことで、機能の向上、モチベーションの維持に努められています。 (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) 食事や入浴時など生活場面に応じて利用者の健康状態の把握に努められ、嘱託医や週1回来所される小児科医や精神科医との連携のもと看護師を中心に各エリア職員や関係職員と連携して健康管理や医療的な支援が行われています。把握された健康状態についてはケース記録に記載され、全職員で共有されています。組織的に医療体制が整えられており、急変時も医療の受診がスムーズに行われ、家族への連絡も取られています。 (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) コロナ禍により制限があるものの、利用者の希望と意向を把握し、可能な範囲で買い物体験等の社会参加のための支援が行われています。 (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) 高等部卒業後の地域移行については、隣接する総合支援学校や行政、児童相談所、相談支援事業所と連携し、利用者の希望と意向を尊重し、地域移行の検討や実習先の調整などを行っています。 高等部卒業後グループホーム等へ移行が可能な利用者には、園内にある自立生活訓練室を利用して一人で生活するための訓練プログラムが用意されています。 (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) 利用者の家庭の状況に応じて、届け出など一定のルールに基づいて自由に交流ができるようになっています。預り金をはじめ利用者の生活状況等についてはエリアごとの広報誌や利用者ごとの近況報告書が定期的に作成され家族に届けられています。 (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) 利用者一人ひとりの発達段階に応じた支援ができるよう、園内外の生活状況も把握しながら多職種横断の個別ケース会議や処遇会議において検討され、小中学生は、ADLの自立を、高校生ではIADLの獲得を目指して支援されています。職業指導が必要な利用者には、職業指導員から個別活動の就労スキルが助言・指導され、人間関係を構築することが苦手な利用者には、ソーシャルスキルトレーニングが行われています。 (改善が求められる点) 特になし</p>					