

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9月27日 (水)

■福祉サービス事業者情報

名 称	華南園	種 別	障害者支援施設(施設入所支援)
代表者氏名	園長 狩集 しのぶ	開設年月日	昭和48年7月1日
設置者	山口県社会福祉事業団	定員(利用人数)	54名(49名)
所在地	〒747-0833 防府市大字浜方205		
電話番号	0835-23-3650	FAX番号	0835-23-3623
ホームページアドレス	http://jigyodan-yg.jp/kanan/		

■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

○基本理念・中期経営計画・華南園拠点事業計画→計画どおりの取り組み・各種マニュアル・規程に基づくサービス提供→計画の進捗管理・会議や委員会での評価→見直し・改善により福祉サービスがシステマティック(組織的に・体系的に・計画的に)実現されています。あらゆる場面でPDCAサイクルが回っており、そこには職員の協議・参加の場があります。

○施設長と施設長を支える支援課長の豊かな人間性と高い管理能力は、基本理念のもと、華南園事業計画の目標達成に向け日々尽力するすべての職員の背中を押し、困ったとき、苦しいときの拠り所となっています。

○コロナ禍、ご家族や地域との交流が制限されるなかにおいても、「夢の日」で利用者の希望を叶えられるよう、職員が常に創意工夫され、その実現に向け努力されています。

○利用者家族アンケート調査結果に「職員の方皆さん、自信を持って職務にあたっておられ、入所者の家族としては安心感があります」とありました。さまざまな取り組みの成果がこの一言に集約されています。

◇改善を求められる点

○ご利用者の声を聴く場、意見交換の場「話し合おう会」について、こちら側からの一方向ではない、双方向のコミュニケーションの場としてご利用者から活発な意見がもっと引き出せるよう充実・発展することを期待します。

○ご利用者・ご家族・職員から老朽化した建物の建て替えに対する期待は大きいものがあります。第四次中期経営計画に位置づけられ、ご利用者・ご家族・職員のモチベーションが高まることに期待します。

○山口県社会福祉事業団には、山口県における福祉のトップリーダーとしての役割があります。他の追随を許さない、人材確保・定着・育成の取り組みやさらなる利用者満足を実現する取り組み、新たな地域公益活動の展開に期待します。

■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

日頃から事業計画を基に運営、利用者支援など様々な取り組みを行っています。委員会活動では、PDCAサイクルを意識して取り組んでおり、今回の評価の中で高く評価していただいたことで、職員の自身に繋がり、職員一人ひとりの意欲向上となっています。

今回の改善項目については、園全体で取り組み、更なるサービスの向上と、安全確保を図り、利用者様から満足いただけるように、努めていきます。また、支援する職員が楽しく働きやすい職場環境にも取り組んでいきたいと思っております。

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>○法人の使命・目的の共通認識のため基本理念・基本目標の周知徹底について数値目標(基本理念を常に覚えている職員の割合)を掲げて取り組まれています。</p> <p>○最終年度となる第三次中期経営計画について、ていねいに進捗管理がされており、現在、第四次中期経営計画(2024～2028)策定に取り組まれています。</p> <p>○中期経営計画に基づく施設別事業計画(華南園施設拠点)が職員参画のもと策定されています。目標達成のための具体的な取り組みが明確化されており働く職員にとっての道しるべとなっています。</p> <p>○経営管理について、毎月の稼働率などが事業団本部へ報告されるとともに、運営会議で職員に共有されるなど、職員一人ひとりの頑張りが経営に寄与していることが実感できるものとなっています。</p> <p>○年1回の自己評価と定期的な第三者評価受審は、サービスの質の維持・向上に向けたさまざまな取り組みの評価機会であり、新たな課題発見の場となっています。</p>								
II 組織の運営管理	a	18	b	0	c	0	Na	0
<p>○法人・事業所として、法令遵守が欠かすことのできない極めて重要なものと認識されており、コンプライアンス研修会を年1回実施するなど、全職員に周知徹底されています。</p> <p>○施設長のリーダーシップのもと、運営会議、職員会議、7つの委員会がそれぞれの目的を達成するために機能しています。また、施設長は、経営戦略、業務改善、人材育成・定着などについて高い実践力と指導力を発揮されています。</p> <p>○事業団人事評価のなかで、職員一人ひとりの個別目標が設定され、個別の面接において、目標達成状況の確認などが行われています。この面接が、職員一人ひとりが、法人・事業所に対して信頼感や愛着、貢献意欲を持つ場になっていると思われます。</p> <p>○地域の民生委員、児童委員の方を対象とした家庭介護講習会を年5回実施、7月からはボッチャ大会を再開されるなど、ウィズコロナの取り組みが動き出しています。</p>								
III 適切な福祉サービスの実施	a	17	b	1	c	0	Na	0
<p>○事業計画に「利用者に対する基本姿勢」が明示され、「利用者の自己決定と選択の尊重」「利用者が意見を述べやすい体制の確保」として具体的取り組みが推進されています。職員必携には7つの職員倫理が明示され、人権擁護・虐待防止委員会において人権学習を実施するなど、ご利用者を大切にする姿勢が伝わってきます。</p> <p>○プライバシー保護に配慮したサービスにおいて、ソフト面ではさまざまな工夫はされていますが、建物の老朽化等のハード面を補うことは困難であり、快適な環境とはいえません。</p> <p>○年1回利用者満足度調査(利用者・家族)を実施し、結果をもとにサービス向上検討委員会等で分析・検討され、職員会議で周知されており、サービスの質改善の仕組みとして機能しています。</p> <p>○各種マニュアルが整備・管理(毎年見直し)され、マニュアルに基づくサービス提供が実施されています。マニュアルは、華南園のサービスの質を示すものであり、新人職員の教育訓練にも活用され、チューター制度と合わせて働きやすさを支える一つとなっています。</p>								
IV 良質な個別サービスの実施	a	13	b	1	c	0	Na	4
<p>○毎月開催される「話し合おう会」は下話を含めて利用者の要望や意向を聞く場として機能しています。移動販売やデリバリー(出前)、選べる散髪業者などの取り組みはご利用者の楽しみにつながっています。</p> <p>○人権擁護マニュアル、禁句集が整備され、職員倫理、職員の業務に対する心得、虐待防止チェックリストの活用など、権利擁護に関する取り組みが徹底されています。</p> <p>○質の高い個別支援のため、ご利用者の障害特性を個別支援評価会議にて職員間でしっかり共有されるとともに、特性の理解のため強度行動障害や高次機能障害等の研修会にも積極的に参加されています。また、自己チェックシート、目標管理シートの活用など職員一人ひとりの成長につながっています。</p> <p>○ご利用者の希望と意向を尊重した「夢の日」をご利用者お一人おひとりと職員で年1回実現する支援を実施、また、ご家族の希望で外出や外泊も実施されています。</p> <p>○生活環境の面において、建物の老朽化が進むなか、良質なサービスを実施するための配慮、工夫がされているものの、建物環境上の限界も少なくありません。財源のことなどは、法人判断となりますが、建て替えについて検討されることを期待します。なお、食堂の床など安全性の観点から早急な対応が望まれます。</p>								

第三者評価結果表

施設名 華南園

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) 理念、基本方針について、ご利用者にはわかりやすいよう「かな」がふられ掲示されるとともに、利用者には「話し合おう会」で、ご家族には広報誌や、行事開催時に、職員には「職員必携」や会議等での周知徹底に継続的に取り組まれており、「基本理念を常に覚えている職員の割合」100%を数値目標として掲げられています。 (改善が求められる点) 特にありません。</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) 毎月の経営状況を業務報告として分析し報告するとともに、運営会議で役職者へ、職員会議で全職員へ課題の共有が図られています。改善が必要な課題については、サービス改善検討委員会において検討が行われ、改善のための具体的な取り組みが展開されています。これらが仕組みとして構築され、維持されていることは評価できます。 (改善が求められる点) 華南園だけでは改善・解決が困難な課題には、法人の「革新する力」に頼ることも必要と思われれます。</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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(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) 第三次中期経営計画に基づいて、華南園施設拠点事業計画が策定され、重点的取組と目標達成のための具体的な取り組みが示されています。計画が職員参画のもと組織的に策定されていることは高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 事業計画のご利用者やご家族への周知について、「保護者会」「話し合おう会」などの活用と一方的にならないためのさらなる工夫が求められます。また、稼働率や資格取得者数など数値目標がありますが、それぞれの目標に対して具体的に何を評価するか、さらなる達成指標づくりに改善の余地があります。</p>					
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) 福祉サービスの質の向上のために、年1回の自己評価、定期的に第三者評価を受審され、明確になった課題の改善が組織的に行われています。また、サービス改善検討委員会の開催など、サービス改善のための体制整備が図られ、改善に取り組む仕組みがあります。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</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) 管理者自らが運営会議、職員会議、7つの委員会のすべてに参加し、自らの役割と責任を明確にしながらいリーダーシップを発揮しています。会議では、職員へ発信し、職員の発言に耳を傾け、必要に応じて指導助言がされています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
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。	○			
(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) 中期経営計画に必要な配置職員数、有資格者数の数値目標が示されるなど、人材の確保・育成について、方針が確立されています。期待される職員像が明確にされるとともに人事評価が実施されるなどきめ細かな人事管理が行われており、一人ひとりの育成にも取り組まれています。施設長・支援課長の頑張りが職員の定着につながっています。</p> <p>(改善が求められる点) 人材の確保について、社会福祉事業団という山口県のトップブランド力を最大限に活用するなど法人としてのさらなる取り組みに期待します。</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) 会計監査人を設置し、会計監査強化と経営改善へ活用されていることは高く評価できます。また、ホームページや広報誌による情報発信も園の今の様子を伝えるツールとして活用されています。事業団LINE公式アカウントやインスタグラムなど、新たな情報収集コミュニケーション手段となるSNSの活用は評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
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 利用者との交流を上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。	○			
(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) 家庭介護講習会の年5回実施、地域行事への参加など積極的に地域との交流が行われており、地域高齢者への配食サービスはコロナ禍においても継続されていました。また、ボランティアの受け入れが積極的に実施されている点も評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 事業団らしい、事業団ならではの、さらなる地域の福祉ニーズの把握、さらなる地域における公益的取組の展開に期待します。</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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(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。	○			
(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) コロナウイルスに対する対応マニュアルを含め、感染症マニュアルが整備され、感染予防・感染拡大防止に尽力されています。また毎月開催される「話し合おう会」がご利用者の声を聞く場として機能していることは高く評価できます。さらには、隣接する華の浦、総合支援学校と防災3者協力申し合わせを明文化するとともに、地域の民生委員・児童委員との合同消防訓練の実施は安心につながっています。 (改善が求められる点) リスクマネジメントは、起こったことの是正処置(再発防止)とあわせて、予防処置(未然防止)が重要なポイントです。より多くのヒヤリハット報告書が提出されることで、虐待などの不祥事や重大事故の未然防止につながることを期待します。</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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(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) 提供する福祉サービスについての標準化されたマニュアルが整備され、定期的な見直しも確実に実施されています。記録の管理体制についても法人の規程に沿って、適切に実施されています。一人ひとりの個別支援計画、栄養ケア計画、リハビリテーション実施計画は評価・見直しがていねいに実施されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					

IV 良質な個別サービスの実施(障害者施設: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) 意思決定支援マニュアルの活用や、サービスマニュアルとして各種マニュアルが整備され、華南園サービスマニュアル基本理念において、ご利用者の8つの具体的権利が示されています。毎月「話し合おう会」が開催されるなど、常にご利用者の自己決定を尊重することが意識されています。</p> <p>(改善が求められる点) 「話し合おう会」が施設側からの一方的な話にならないよう、さらなる工夫を期待します。</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) 禁句集や人権擁護マニュアルの整備、職員倫理、職員の業務に対する心得など、さまざまな日常のあらゆる場面においてご利用者の権利擁護が意識されています。人権推進委員会によるセルフチェックも評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</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) 個別支援評価会議等にて利用者の特性を職員間で共有、また特性の理解のための研修会に積極的に参加されています。サービス改善検討委員会、日中活動検討委員会などが開催され、常に利用者の状況を把握し、適切な支援が行われています。特に栄養士、理学療法士等による「食事」「リハビリテーション」に関する取り組みは高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</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) ていねいなアセスメントに基づき、適切な個別支援計画が作成され、各種マニュアルで標準化された支援が行われています。必要に応じて改善、見直しも図られています。食事の面で、嗜好調査や食事量のチェックの他、栄養士自らが食事介助や摂取状況を観察し、献立作成に役立てられていました。また、季節のメニュー、選択メニューの取り組みも評価できます。 (改善が求められる点) 特にありません。</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) 利用者の心身の状況に応じて静養室を使用、安眠できない利用者は部屋を別にする等の工夫をされています。 (改善が求められる点) 建物の老朽化が進んでいます。満足度調査、家族のアンケート結果からも建物の建て替えに対する要望もあり計画が動きだすことを期待します。食堂の床やトイレの改修など改善が必要なところもあります。</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) 理学療法士により、リハビリテーション計画書に基づく一人ひとり適切な訓練が行われています。職員間で専門的職種の意見を聴きながら協議されており、多職種による連携・協働が高いレベルで実現できています。 (改善が求められる点) 特にありません。</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) 利用書の健康状態の観察は看護・介護職員が実施、夜間については看護職員がオンコールで迅速に対応できる体制が適切にとられています。重度化・高齢化に伴う医療依存度の高まりに対して、看護師、医師等による適切な支援が行われています。 (改善が求められる点) 特にありません。</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) 利用者の希望と意向を尊重した「夢の日」を、利用者個人と職員で年1回実現する支援が実施されています。訪問販売や選べる散髪業者などの取り組みは評価できます。 (改善が求められる点) 特にありません。</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)</p> <p>(改善が求められる点)</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) 3か月に一回、家族向けに預り金の報告、書面(写真)での近況報告を送付、家族面会時には職員が近況報告し、その際個人別出納簿を確認してもらう等、家族との連携を大切にされています。つつじ見会、開園祭、秋華祭の3大行事が継続実施されています。 (改善が求められる点) 特にありません。</p>					

A-4 就労支援					
(1) 就労支援					
16	1 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。				○
17	2 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。				○
18	3 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。				○
<p>(特に評価が高い点)</p> <p>(改善が求められる点)</p>					