

# 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 12月 16日 (金)

## ■福祉サービス事業者情報

名 称	はあとm+M新山口	種 別	障害児通所支援事業所
代表者氏名	支店長 池田 恭子	開設年月日	令和2年8月1日
設置者	社会福祉法人 青藍会	定員(利用人数)	5名(6名)
所在地	〒754-0020 山口市小郡平成町1-16		
電話番号	083-976-2401	FAX番号	083-902-2465
ホームページアドレス	<a href="http://www.seirankai.or.jp">http://www.seirankai.or.jp</a>		

## ■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

- ・障害児通所支援事業所として、令和2年開設のまだ新しい施設でありながら、第三者評価を受審されたことに敬意を表します。
- ・法人全体では、規程やマニュアル等が整備されており、またIT活用を推進した事業運営が実践されています。研修会や報告会については、法人本部が積極的に開催、事業所の職員参加により、必要な知識・技術を学ぶ機会を多く提供されています。また、広報活動や地域貢献にも積極的であり、関係機関との繋がりを重視されていました。
- ・管理者の責任とリーダーシップは十分に発揮されており、特に職員の業務負担軽減を常に念頭に置き、働きやすい職場を目指しておられます。

#### ◇改善を求められる点

- ・事業所の中・長期計画が策定されていませんでした。明文化されることを希望します。
- ・法人の理念に基づき、事業所の基本方針を明確化し、次年度以降の計画に反映されることを期待します。
- ・理念、基本方針、苦情解決等の必要な掲示を検討され、利用者とそのご家族が安心して利用できる事業所を目指していかれることを望みます。

## ■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

はあとm+M新山口は、医療的ケアを必要とする1歳～18歳の方が利用できる障害児通所支援事業所です。同敷地内には、認可保育園、小児科、病児保育を併設しており、医療的ケアが必要であっても、同じ年代の子ども同士のふれあいや、リハビリを通して、子どもたちの成長を支援し、また、自宅での生活を継続していただくことができるように、保護者の方々の支援を行っています。また、18歳以上になられた際には、生活介護(医療的ケア対応)も同敷地内に開設しており、生涯に渡って支援ができる体制を整えています。

# 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	6	b	1	c	2	Na	
<p>・法人の理念と事業所の基本方針が掲示されること、中・長期計画が明文化されることが必要だと思われま。それを職員だけでなく、利用者とそのご家族に説明する機会を持ち、より理解を深めることを期待します。</p> <p>・法人では地域ニーズに関する調査を実施、事業所では課題を解決する取り組みが積極的に実施されていました。また法人全体で定期的に実施される研修会やテストは、職員の知識・技術向上のための機会として十分確保されていました。</p>								

II 組織の運営管理	a	16	b	1	c	0	Na	1
<p>・管理者は働きやすい職場、職員自らが考えて動く事業所を目指しており、職員の意見を汲み取ることに尽力されていることがわかります。また事業所に併設した同建物内の事業所と、職員の応援体制が確立されており、業務の効率化が図られています。</p> <p>・就業規程等は、職員の手元にあるパソコンやタブレット端末でいつでも閲覧できるようになっており、希望休が取りやすい体制整備と年休取得推奨が実践されています。</p> <p>・広報誌の配布や施設見学、視察の受け入れなど、積極的に外部へ情報公開をされています。</p> <p>・資格取得に向けての職員研修計画だけでなく、個別の研修目標を含む目標管理シートの活用を期待します。</p>								

III 適切な福祉サービスの実施	a	15	b	2	c	1	Na	
<p>・人権擁護の勉強会、意見箱の設置、見学・体験を柔軟に受け入れる等、地域に開かれた施設としての役割を果たされています。</p> <p>・看護師による勉強会やケース検討会等を実施され、利用者の状況に合わせた、福祉サービスが適切に提供されていましたが、プライバシー保護マニュアルの確認ができませんでしたので、マニュアル作成とマニュアルに沿った研修の実施を期待します。</p> <p>・苦情解決の体制は書面のみで、掲示はされておらず、今後は苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が記載された掲示物が、事業所のわかりやすい場所に掲示されることが望ましいと思われま。</p>								

IV 良質な個別サービスの実施	a	16	b	0	c	0	Na	
<p>・専門職である看護師を中心に、指導を受けながら、定期的な研修やミーティングで知識や技術の向上を図り、コミュニケーションの工夫がなされています。</p> <p>・利用者に異変があった場合、保護者に連絡・確認の上、主治医または併設クリニックを受診する仕組みが確立しています。</p> <p>・個別支援計画の見直しやケアの変更について、朝礼で確認し、全職員へ回覧ができるようシートが作成されていました。</p>								

# 第三者評価結果表

施設名 はあとm+M新山口

## 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
<b>1 理念・基本方針</b>					
<b>(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。</b>					
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)</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>・理念・基本方針は職員だけでなく、利用者の家族や来訪者に見やすい場所に掲示され、利用者の家族には説明機会を設定されることを期待します。</p>					

<b>2 経営状況の把握</b>					
<b>(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</b>					
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)</p> <p>・法人では地域ニーズに関する調査を実施、事業所では課題を解決する取り組みが積極的に実施されていることが評価されます。</p> <p>・法人は経営状況の現状分析が十分にされていました。</p> <p>(改善が求められる点)</p>					

<b>3 事業計画の策定</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>					
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。			○	
<b>(2) 事業計画が適切に策定されている。</b>					
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)</p> <p>・法人では利用者ニーズの把握のための調査が実施され、市行政に提言もなされています。事業所としても制度化に繋がる働きかけを、積極的にされていることについて高く評価します。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>・事業所の中・長期計画の方向性は聞き取りで理解できましたが、明文化されておらず、掲示もされていませんでした。今後は文書にて確認できるよう作成し、職員、利用者等に周知されることを期待します。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組</b>					
<b>(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。</b>					
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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人全体でテーマ別研修会や誕生日月研修会、クリップラインでの週1回のテストが実施され、知識・技術向上のための機会が確保されている点が評価されます。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自己評価実施の際、結果に対する改善事項の協議はグループライン等で実施され、文書での確認、職員共有の有無の確認ができませんでしたので、今後はその点の工夫を期待します。</li> </ul>					

#### 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

<b>1 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>					
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。	○			
<b>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>					
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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は働きやすい職場、職員自らが考えて動く事業所を目指しており、職員の意見を汲み取ることに力を注いでいる点、また事業所に併設した同建物内の事業所と、職員の応援体制が確立されており、業務の効率化が図られている点が評価されます。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p>					

<b>2 福祉人材の確保・養成</b>					
<b>(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。</b>					
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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>					
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。	○			
<b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>					
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。		○		
<b>(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。</b>					
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) ・就業規程等は、職員の手元にあるパソコンやタブレット端末でいつでも閲覧できるようになっており、勤務状況は希望休が取りやすい体制整備と年休取得推奨が実践されている点が評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 定期的な研修の機会は設定されていますが、職員の質の向上のため、職員個人自らが、目標設定や研修計画を作成するなど、目標管理シートの活用方法を工夫されることを期待します。</p>					

<b>3 運営の透明性の確保</b>		a	b	c	Na
<b>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</b>					
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) ・広報誌の配布、ホームページ上に保護者アンケートの結果と改善等を掲載、また施設見学や視察の受け入れなど、積極的に外部への情報公開を実施している点が評価されます。</p> <p>(改善が求められる点)</p>					

<b>4 地域との交流、地域貢献</b>		a	b	c	Na
<b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>					
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。	○			
<b>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>					
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
<b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>					
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)  ・はあとカフェ、マルシェの開催や併設の保育園行事への参加、隣接する公園での交流、また医療的ケア児の家族交流会等に参加する等、地域や関係機関との連携が適切に確保されている点が評価されます。</p> <p>(改善が求められる点)</p>					

### 評価対象Ⅲ 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>					
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。			○	
<b>(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。</b>					
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。	○			
<b>(3) 利用者満足の向上に努めている。</b>					
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
<b>(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</b>					
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。	○			
<b>(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。</b>					
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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人権擁護、コンプライアンス研修等の積極的な参加や、週1回の障害分野のテスト配信によって、職員の意識づけが行われている点が評価されます。</li> <li>・障害のある保護者に対し、通訳者を入れたり、ラインやリモートを使用して保護者との情報共有、説明をしている点が評価されます。</li> </ul> <p>(改善が求められる点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師による勉強会やケース検討会等は実施されていましたが、プライバシー保護マニュアルは作成されておらず、見学时に配慮不足を感じる場面がありましたので、今後はマニュアルに沿った研修の実施を期待します。</li> <li>・苦情解決の体制は書面のみで、掲示はされておらず、今後は苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が記載された掲示物が、事業所のわかりやすい場所に掲示されることが望ましいと思われます。</li> </ul>					

<b>2 福祉サービスの質の確保</b>					
<b>(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。</b>					
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。	○			
<b>(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。</b>					
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)</p> <p>・福祉サービスにおける記録を含む管理体制は、法人組織として確立されており、情報共有の方法としてタブレット端末やラインを活用されていることは評価されます。</p> <p>(改善が求められる点)</p>					



#### IV 良質な個別サービスの実施(障害者施設:通所サービス)

【 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)</p> <p>・ボランティアを交えて、他の事業所との交流や散歩・体操を通して他者交流も図っていることは評価されます。</p> <p>(改善が求められる点)</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)</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>・やむを得ない身体拘束について、基準に沿って実施されていますが、今後は代替え案の検討や拘束廃止に向け、更なる検討を深めていかれることを希望します。</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)</p> <p>・専門職の指導を受けながら、定期的な研修で知識や技術の向上を図り、コミュニケーションの工夫がなされている点が評価されます。</p> <p>(改善が求められる点)</p>					
(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)</p> <p>・食事や水分補給、運動、入浴・排泄・移動支援については、希望に合わせて実施されていました。</p> <p>(改善が求められる点)</p>					

【 評価項目 】				a	b	c	Na
<b>(3) 生活環境</b>							
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)</p> <p>・ワンフロアで利用者が見渡せるようになっており、迅速な対応等ができるよう、安全に配慮されました。</p> <p>(改善が求められる点)</p>							
<b>(4) 機能訓練・生活訓練</b>							
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)</p> <p>・リハビリ職員が個別に対応、リハビリに対する要望は、保護者との面談で聴き取り、個別支援計画に反映していました。</p> <p>(改善が求められる点)</p>							
<b>(5) 健康管理・医療的な支援</b>							
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)</p> <p>・利用者に異変があった場合、保護者に連絡・確認の上、主治医または併設クリニックを受診する仕組みが確立していた点は評価されます。</p> <p>(改善が求められる点)</p>							
<b>(6) 社会参加、学習支援</b>							
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)</p> <p>・散歩時に地域の方と触れ合ったり、他事業所の行事に参加することで、積極的な社会参加への支援を行っていました。</p> <p>(改善が求められる点)</p>							
<b>(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</b>							
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>・B型事業所へ移行するまでの情報提供や情報共有については、個別の対応が行われていました。</p> <p>(改善が求められる点)</p>							

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(8) 家族等との連携・交流と家族支援</b>					
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)            ・連絡帳、送迎時の家族との情報交換、保護者面談、ラインの活用により、家族との連携を図っていました。</p> <p>(改善が求められる点)</p>					
<b>A-3 発達支援</b>					
<b>(1) 発達支援</b>					
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)            ・担当者会議、ミーティング、保護者面談等で意見を吸い上げ、障害の状況や発達過程等に応じた支援を行っていました。</p> <p>(改善が求められる点)</p>					