

小向このはな園

令和5（2023）年度

福祉サービス第三者評価結果報告書

- 評価結果（公表対象）
- 評価結果参考資料（非公表）

株式会社 学研データサービス



1. 評価結果（公表内容）

◇第三者評価結果報告書

- ・ 第三者評価機関名
- ・ 施設・事業所情報
- ・ 理念・基本方針
- ・ 施設・事業所の特徴的な取組
- ・ 第三者評価の受審状況
- ・ 総評
- ・ 第三者評価に対する施設・事業所のコメント
- ・ 評価項目ごとの評価結果および講評

第三者評価結果報告書

第三者評価機関名

株式会社 学研データサービス

施設・事業所情報

名称：	小向このはな園	種別：	障害者・児福祉サービス
代表者氏名：	施設長 神崎 達也	定員（利用人数）：	40 (41) 名
所在地：	212-0002 神奈川県川崎市幸区小向仲野町3-1		
TEL：	044-555-8430	ホームページ：	https://www.ikuo.or.jp/
【施設・事業所の概要】			
開設年月日	2015年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：	社会福祉法人 育桜福祉会		
職員数	常勤職員： 18 名	非常勤職員：	4 名
専門職員	社会福祉士 4 名	介護福祉士 1 名	
	看護師 1 名	管理栄養士 1 名	
施設・設備の概要	(居室の状況) 1階活動班(22名)A/B/C作業室 2階活動班(19名)D/E/F作業室 男性トイレ(1階・2階) 女性トイレ(1階・2階) 多機能トイレ(1階・2階) 鉄筋コンクリート2階建て	(施設の状況(設備等)) カフェテリア(1階)、事務室(1階)、 静養室(1階)、 浴室1・2(1階・2階)、 相談室1・2(1階・2階)、 会議室1・2・3(2階)、休憩室(2階) 延べ床面積1568,58m ²	

理念・基本方針

＜基本理念＞

～心の風景を自由に表現できるキャンバスの想像をめざして～

育桜福祉会は、障害がある方が住み慣れた地域で安心して過ごせるよう、一人ひとりの思いや願いを大切にし、その喜怒哀楽を自由に表現できる心豊かな生活の実現を目指して支援します。

＜基本方針＞

育桜福祉会は、福祉ニーズの変化に対応するとともに、関係法令等を遵守し、次の通り公共性・公益性及び信頼性の高い社会福祉法人をめざします。

- 1 利用者の権利擁護と自立支援の推進
- 2 安心・安全に利用できる環境整備
- 3 人材育成によるサービスの質の向上
- 4 地域との共生
- 5 活力ある法人経営

施設・事業所の特徴的な取組

小向このはな園は、開設9年目を迎える定員40名の生活介護を支援の対象とする事業所です。平均障害者支援区分は5を上回り、全利用者の半数は強度行動障害の状態像にある方です。地域の他の施設では受け入れが困難な重度の障害者を積極的に受け入れています。

強度行動障害支援者養成研修(基礎研修・実践研修)修了者を中心にして、強度行動障害者への支援の根柢を明確にした専門的支援の実践に取り組んでいます。自閉スペクトラム症の特性を理解し、一人ひとりに合わせた支援を行うことで、作業やコミュニケーション支援、買い物等の日中活動を通じて社会経験を積み、利用者が望む暮らしの実現に向けて支援しています。

また、地域社会とのつながりを拡大していくように支援しています。近隣住民や学校と協力しながら、お祭りや防災訓練を行うなど事業所の存在する川崎市幸区という地域をフィールドに活動しています。教員免許取得のための介護体験や保育士等の実習生等を受け入れ、地域に開かれた事業所運営を行っています。

第三者評価の受審状況

評価実施期間	(契約日) 2023年5月10日	～
	(評価結果確定日) 2023年11月22日	
受審回数（前回の受審時期）	1回（ 2018年度）	

総評

◇特長や今後期待される点

◆職員は、自閉傾向のある利用者の個性を尊重した支援に努めています

自閉スペクトラム症(ASD)特性アセスメントシートを活用し、利用者の社会性やコミュニケーション特性、想像力特性等に関する支援ニーズを把握し、個別支援計画に反映しています。絵カード交換式コミュニケーションシステムを用いて利用者とのコミュニケーションを図っています。利用者は困った時は「手伝ってカード」を用いて職員に相談します。利用者の半数は強度行動障害のある方です。職員は、問題行動を察知して、行動契機の理由が必ずあることに視点を置いて、本人が納得できるように丁寧に説明します。日中活動プログラムを通じて、一人ひとりに合わせた支援を行うことで、利用者の社会性の広がりにつながっています。

◆利用者の社会参加の取り組みに力を入れています

日中活動を通じて利用者と地域社会とのつながりを図っています。日中活動プログラム班を編成し、利用者が作業に参加しやすいように個々に合わせた治具を工夫する等の合理的配慮を図っています。作業プログラムには、リネンタオルたたみ、医療用スリッパの梱包、アルミ缶リサイクル等の多くの作業があり、利用者の希望に応じて取り組んでいます。アルミ缶リサイクルは地域住民の協力のもとに収集し、1か月に80kgを超える時があります。また、絵画や書道等の利用者の作品を川崎市の展示会に出品したり、地域のスポーツセンターと連携しボッチャの体験学習を実施したりするなど利用者の地域行事への参加意欲を高めるように支援しています。

第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

平成30年度に受審して以来、数年ぶりに第三者機関から客観的な評価をいただきました。私たち自身がaと評価した項目のうち3項目についてbという客観的な評価をいただき、またbと自己評価した項目のうち4項目についてaをいただきました。つまり、私たちの運営の改善すべき点を明確にでき、また私たちの強みと呼べる点も言語化できたとても大きな意味と価値のある機会となりました。早速、具体的な改善点として意識することは、「リスクマネジメントの強化(ヒヤリハットに着目する)」、「地域におけるボランティアの育成(受入れの基本姿勢やマニュアル整備から)」、「利用者からの相談や意見を組織的に対応する体制の整備(多くの重度知的障害のある方を支援する事業所として意思を把握するプロセスや分かりやすく情報提供するプロセスのマニュアル整備から)」等です。社会環境の変化や多様化するニーズの中で、より計画的に、より組織的に、より信頼を得て福祉サービスを提供できるように、人事異動等で職員が入れ替わっていく中でもサービスの質の向上に向けた研鑽と、既に持つ強みを維持できるように第三者評価を定期的に受審して、点検と改善を重ねていきたいと考えています。

第三者評価結果表【共通評価】（障害者・児福祉サービス版）

共通評価基準（45項目）

I 福祉サービスの基本方針と組織

I - 1 理念・基本方針

I - 1- (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 1	I - 1- (1) -① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	a
	理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所内の文書や広報媒体（パンフレット、ホームページ等）に記載されている。	○	○
	理念は、法人、福祉施設・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、福祉施設・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	○	○
	基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	○	○
	理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。	○	○
	理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。	○	○
	理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
「育桜福祉会は、障害のある方が住み慣れた地域で安心して過ごせるよう、一人ひとりの想いや願いを大切にし、その喜怒哀楽を自由に表現できる心豊かな生活の実現をめざして支援します」を法人の基本理念に掲げ、理念の実践に向けて「利用者の権利擁護と自立支援の推進」をはじめとする5項目の基本方針を定め、法人のホームページに掲載しています。この基本理念等は規定集に明記し、全職員に配付して周知しています。事業計画に基本理念・基本方針に基づいた施設運営を行うことを明記して利用者や家族に配付し、毎月開催している家族会で説明し理念の周知を図っています。			
【非公表コメント】			

I - 2 経営状況の把握

I - 2- (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 2	I - 2- (1) -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。	a	a
	社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

施設長は、法人の経営企画会議、管理職全体会議に出席し、法人全体の事業経営を取り巻く環境の変化や地域行政の障害者福祉計画等、事業運営に関わる課題の把握に努めています。利用者・家族の高齢化等に関する事業所ごとの課題や、地域の障害者向けのグループホーム対策の必要性など、施設運営の課題に対する具体策を事業計画に明記しています。また、通所施設としての利用率等の動向やコスト分析を行い、毎月法人に報告し、地域の相談支援事業所等の関係機関と連携して利用率の向上や地域での事業所の役割等に努めています。

【非公表コメント】

共通 3	I - 2- (1) -② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	a
	経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

毎月開催している法人の経営企画会議や管理職全体会議、及び管理職専門委員会等で法人運営の課題や問題点に関する情報共有を図っています。法人を取り巻く環境の変化に応じて中期計画の見直しを行い、課題対策の具体化を図り、事業計画に反映しています。施設長は法人の経営企画会議、管理職全体会議に出席し、事業経営の課題を把握し職員に周知しています。令和5年度は法人の事業計画を受けて、通所施設の日中プログラムの充実、利用者への説明と利用者の意思表明の支援、利用者の地域生活支援等の対策を具体化し、事業計画に反映しています。

【非公表コメント】

I - 3 事業計画の策定

I - 3- (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 4	I - 3- (1) -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。	a	a
	中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	○	○
	中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。	○	○
	中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	○	○
	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	○	○

【第三者評価結果についてのコメント】

5年ごとに作成している法人の第3期中期計画(2019年度～2023年度)を策定しています。中期計画には、障害者一人ひとりの意思や人格を尊重し、利用者の立場に立ったサービスを提供すること等、理念の実現に向けた目標を明記しています。法人では各種委員会(サービス評価推進委員会、安全委員会、総務委員会、労務委員会、研修委員会、地域貢献推進委員会、衛生委員会等)を設置し、中期計画の見直しを毎年実施しています。中期計画には、利用者支援の充実、職員確保・育成・定着の取り組みなど分類ごとに課題を明記しています。

【非公表コメント】

I - 3- (1) -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。		a	a
	単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。	○	○
	単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。	○	○
	単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。	○	○
	単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	○	○

【第三者評価結果についてのコメント】

法人の中期計画をもとに事業所の課題対策を具体化し、単年度事業計画を策定しています。事業計画に事業所の運営方針及び年度ごとの事業重点運営項目を明記しています。令和5年度の重点運営項目には、日中プログラムの充実、わかりやすい伝え方の工夫と意思表明支援、地域生活に目を向けた支援の充実、根拠ある専門性の高い支援等を掲げています。利用者の地域での暮らしに目を向け、地域社会との接点に広がりが持てるように支援しています。地域の関係機関と連携し、本人の意思確認を丁寧に行うことを課題に掲げ、対策を講じています。

【非公表コメント】

I -3- (2) 事業計画が適切に策定されている。			園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 6	I -3- (2) -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。		a	a
	事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等が）されており、理解を促すための取組を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

【第三者評価結果についてのコメント】

事業計画は、12月に達成度を評価し、1月末に次年度事業計画の原案を作成し、法人に報告します。事業計画は、3月に法人の理事会に報告され確定します。また、年度初めに前年度の事業報告書を作成し、6月に法人の理事会に報告しています。事業計画の策定に際しては、事業所内分掌ごとに全職員が参加して年間の活動計画を策定し、9月に達成度の中間評価を行い、12月に年間の達成状況をまとめ、次年度の事業計画に反映します。4月の全体職員会議では事業計画の重点目標を中心に読み合わせを行い、計画達成の意識の共有を図っています。

【非公表コメント】

共通 7	I -3- (2) -② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	b
	事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。		
	事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。		

【第三者評価結果についてのコメント】

事業計画を利用者・家族に配付しています。毎月開催している保護者会では、事業計画に掲げた利用者支援の各種活動プログラムや季節行事の開催等について説明しています。「小向このはな園保護者会資料」を配付し、フロアごとの日中活動の状況や各種イベントの状況などを写真等を用いて説明し、事業計画の実施内容の理解に努めています。しかし、障害のある利用者に対しては、必ずしもわかりやすい説明にはなっておらず、利用者個々の特性に配慮して、目で見てわかりやすく、また、平易な文章に置き換える等の一層の工夫が望まれます。

【非公表コメント】

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(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。		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 8	I-4-(1)-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。	a	a
	組織的にP D C Aサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。	○	○
	福祉サービスの内容について組織的に評価(C:Check)を行う体制が整備されている。	○	○
	定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。	○	○
	評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。	○	○

【第三者評価結果についてのコメント】

福祉サービスの質の向上を目的に、昨年度は内部自主点検、一昨年度は利用者満足度調査、そして今年度は第三者評価を実施しています。また、毎年権利擁護に関する職員の自己チェックを実施しています。内部自主点検は、利用者の社会参加や地域連携の取り組み、権利擁護や虐待防止の取り組み、業務改善のアイデア等、項目ごとに評価項目を設定し、全部で50項目に及びます。評価結果を分析し課題を定め、事業計画に反映し、年度ごとの事業計画の達成状況を評価し、サービスの質の向上に取り組んでいます。昨年度の内部自主評価の結果を受けて、職員が忙しい中でも休憩時間を取りやすいうように改善しました。

【非公表コメント】

共通 9	I-4-(1)-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。	a	a
	評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。	○	○
	職員間で課題の共有化が図られている。	○	○
	評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。	○	○
	評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。	○	○
	改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	○	○

【第三者評価結果についてのコメント】

内部自主点検、利用者満足度評価、第三者評価及び権利擁護に関する職員の自己チェックの結果等に基づき、取り組むべき課題を明確にして分掌ごとの計画に反映しています。その課題達成の状況を班会議で検討し、チーフ会議で班ごとの協力体制等について話し合います。また、具体的な改善案、次年度への取り組み案を施設長や事業所内運営会議メンバーで検討し、事業計画や組織目標に反映し具体策を講じています。定期的に事業計画の達成状況を評価し、改善計画の見直しにつなげています。

【非公表コメント】

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1- (1) 管理者の責任が明確にされている。		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 10	II-1- (1) -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。	a	a
	管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

施設長は、事業計画に運営方針及び運営重点項目等を示し、年度初めの全体職員会議でその取り組みを職員に周知しています。法人組織規定に管理職の役割が明文化されており、組織図及び職務分掌を整備し、自らの役割を表明しています。月1回の全体職員会議では、法人に関する内容や事業所の状況、施設長の考え方等の資料を作成し全職員に周知しています。組織図では組織の各部署の関係や役割、施設長及び施設長補佐の運営管理の責任・統括を示し、職員が事業所全体を把握できるようにしています。施設長不在時の権限委任も示しています。

【非公表コメント】

共通 11	II-1- (1) -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。	a	a
	管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

施設長は、法人による管理職研修や管理職会議、法令遵守に係わる業務体制整備規定等を通して、法令遵守への理解や意識を持っています。川崎市サービス事業者への集団指導、外部研修（インボイス制度、ハラスマント）にも参加し、情報や対応を更新しています。施設長は、福祉新聞や月刊誌、関連団体の機関誌などをファイリングし、業務と関連させたコメントをつけて回覧しています。職員の法令や福祉への意識づけや考えるきっかけになり、事業所全体で情報等を共有できるよう取り組んでいます。

【非公表コメント】

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 12	Ⅱ-1-(2)-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。	a	a
	管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

施設長は、毎朝各班を回り、利用者の観察、連絡帳を通じて家庭状況の把握、職員からの聞き取りを行い事業所の現状を把握しています。サービスの質についての気づきを朝夕の職員打ち合わせで投げかけ、具体的な取り組みにつなげています。内容によりチーフ会議、班会議、委員会等で、双方向での情報交換を行います。毎月の全体職員会議に施設長の考えを提示し、施設長補佐、チーフによる意見を集約し、職員全員で話し合い意見交換を行います。オンライン研修では全員が業務に合わせて研修を受け、質の向上を目指す機会になっています。

【非公表コメント】

共通 13	Ⅱ-1-(2)-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。	b	a
	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。		<input type="radio"/>
	管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

法人からの情報等に即して事業所の方向性や改善点に着目し、事業所が担っている役割を維持向上できるよう現状を分析しています。管理職会議での情報や指示を事業所の運営会議で共有します。各班や分掌で協議し、検討結果など現場の声を反映し、全体職員会議で周知し意識共有を図っています。働きやすい環境整備として職員の労務状況や業務量と休憩のバランスを検討し、PC活用の指導や休憩の取り方を見直すなど改善に取り組んでいます。施設長が現場に関わり、施設長補佐と役割を分担し、事業所状況をより把握するよう努めています。

【非公表コメント】

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(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。

		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 14	II-2-(1)-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。	a	a
	必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。	○	○
	福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。	○	○
	計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。	○	○
	法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。	○	○

【第三者評価結果についてのコメント】

人材については法人で長期計画をたて、全体の配置や人材育成、採用活動を行っています。数年先を見越して計画的な採用活動を行い、各年次別育成モデルにより「法人が求める職員像」を目指しています。特別支援学校等卒業生を受け入れ、知的障害や強度行動障害等への支援や日中活動だけでなく、地域生活での社会生活力を高める支援を行っています。利用者に寄り添う支援者としての職員研修やOJTに取り組み、専門性の育成を図り、キャリアアップにつながるよう計画的に取り組んでいます。

【非公表コメント】

共通 15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	a
	法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。	○	○
	人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。	○	○
	一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。	○	○
	職員待遇の水準について、待遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。	○	○
	把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。	○	○
	職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができる。	○	○

【第三者評価結果についてのコメント】

法人規定には、人事労務関係として就業規則や役付職員登用の規定等があります。役付職員登用については、人事考課表をもとに自己評価、面接評価により行っています。職務については、目標管理制度によりその取り組みを評価しています。法人の方針から事業所の組織目標、職員各自の目標管理に連動性を持たせています。目標設定や達成状況の振り返り等の面談時、及び毎年11月に実施する意向調査とあわせて職員の意向や希望を受け止めています。資格取得を奨励し、目標達成への積極的な取り組みを支援し、将来のキャリアパスを描けるようにしています。

【非公表コメント】

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 16	II-2-(2)-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組んでいる。		a	a
	職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
【第三者評価結果についてのコメント】				
各職員の意向調査の結果を法人で集約し、次年度の人事に反映しています。職員の勤務状況は記録システムを活用して管理し、施設長が確認をしています。有給休暇は希望通りに取得できており、時間外労働は職務上必要時、全体職員会議、防災訓練等を除きありません。育児、介護、子の看護等の休業も整備し、子育ての時短勤務もチームを上げて協力しています。他の職員の体調を気遣いサポートし合う風土があります。健康診断やメンタルヘルスに配慮し、事業所内の専用休憩室の利用など働きやすい環境づくりに取り組んでいます。				
【非公表コメント】				

II-2- (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 17	II-2- (3) -① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	a
	組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
【第三者評価結果についてのコメント】			
法人の人材育成方針に「年次別育成モデル」が設定され、該当年次職員は期待される職員像に向けて研修を受講しています。「目標管理制度」では職員一人ひとりが、法人の組織目標に基づく事業所の組織目標から個人目標を設定し、取り組みます。年度初めの目標設定や進捗状況の確認、年度末の目標の達成度確認は、施設長、施設長補佐が役割を分担して面接し、職員の思いを把握しています。非常勤職員も同様に目標を設定し、業務の意味や役割と責任を認識し、職員全員で組織目標と重点運営項目達成の具現化を目指しています。			
【非公表コメント】			
共通 18	II-2- (3) -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。	a	a
	組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	定期的に計画の評価と見直しを行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	【第三者評価結果についてのコメント】		
法人として職員行動指針、人材育成計画、組織規定細則を定めています。障害福祉に特化したサービス提供をする法人としての役割を果たしていくため、その担い手である職員の資質向上を目指しています。利用者支援の視点と各職種の専門的知識と技術の連動性が必要であり、法人の研修委員会、専門職会議では研修の在り方やカリキュラム、専門職育成の企画運営について見直しをしています。法人主催の研修では年次別、職種別、役職別、事業所別、資格取得など体系化し、実務経験を生かしながら職員の成長を図っています。			
【非公表コメント】			

共通 19	II-2- (3) -③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	a
	個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を奨励している。 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

個別の資格や技術等状況を把握し、資格取得やスキルアップのための研鑽を奨励しています。個人目標作成とその面談から職員の関心分野や課題、必要となるスキルなどを把握し、外部研修を振り分けています。各日中活動班ではチーフを中心に個別的なOJTを実施し、全体職員会議では学びの時間を設け、外部研修受講者による伝達研修や日常支援場面の動画を用いた事例検討やOJTを行っています。オンラインでの研修も活用し、事業所内で業務に支障が出ない工夫をしながら全員がスキルアップの機会を持てるようにしています。

【非公表コメント】

把握した各職員の目標や課題等から必要とする研修テーマ等一覧を作成し、外部研修の情報や受講について、振り分けや情報提供ができるように、管理職等で共有しやすい工夫が望されます。また研修受講一覧などで組織としての実績を把握し、特に外部研修など職員間でも前年度受講者から情報を得られるような工夫を期待します。

II-2- (4) 実習生等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。		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 20	II-2- (4) -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。	a	a
	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	指導者に対する研修を実施している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

実習生のしおりには、その受け入れを通して地域社会との交わりを深めること、他職種と連携して学生等をサポートすること、及び全ての支援員は知的障害者に対する標準的支援を伝えられるよう努める等の姿勢を示しています。受け入れについては、事業計画で積極的に受け入れる旨を示しています。実習指導者研修を受講し、体制を整えています。マニュアルを整備して日課等を明確にし、実習中の体験の捉え方や理解についてサポート時間を設けて指導しています。職員は指導を通して自身の支援を振り返り、利用者支援の視点の変化等の状況把握に努めています。

【非公表コメント】

II-3 運営の透明性の確保

II-3- (1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 21	II-3- (1) -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。	a	a
	ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。	○	○
	福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。	○	○
	第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。	○	○
	法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするよう努めている。	○	○
	地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。	○	○

【第三者評価結果についてのコメント】

法人のホームページに、理念や基本方針を明示し、組織図、事業計画、事業報告、予算・決算、財務諸表、第三者評価結果等を開示しています。また、法人の各事業所の概要等の情報を掲載し、透明性を確保しています。法人の広報誌「育桜」を年2回発行し、法人の収支等の情報を関係機関や利用者・家族に開示しています。重要事項説明書に職員配置や苦情対応窓口、利用料金等について明記して、利用者・家族に周知しています。また、事業所の広報誌「このはな」を年2回発行し、施設運営の施設長の方針等を明記して、利用者・家族に伝えています。

【非公表コメント】

共通 22	II-3- (1) -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。	a	a
	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。	○	○
	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。	○	○
	福祉施設・事業所の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。	○	○
	外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。	○	○

【第三者評価結果についてのコメント】

監査法人による会計監査人を設置し、年度ごとに法人全体の会計監査人監査を実施し、監査結果をホームページに開示しています。会計監査人による法人内各事業所の内部統制評価を実施し、会計上のデータを確認し、毎年5月に監査結果を法人の監事に報告しています。会計監査人監査のほかに法人監事監査を実施しています。施設ごとに内部統制について確認し、法人監事による監事監査会を5月に実施しています。令和4年度の監事監査の結果は現況報告書に明記され、ホームページに開示されています。

【非公表コメント】

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4- (1) 地域との関係が適切に確保されている。		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 23	II-4- (1) -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。	a	a
	地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の個別の状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的ではなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

事業計画に地域資源を活用し、文化活動を積極的に取り入れること等、地域とのかかわり方の考え方を明記し職員に周知しています。地域の相談支援センターと連携し、定期的に連絡会を開催し利用者の地域生活での各種サービス利用や在宅からのグループホームへの地域移行等につなげています。地域の社会福祉協議会と連携し、民生委員の協力のもとに地域生活における利用者との相互理解に努めています。また、地域での生活力を高める支援として、近隣のコンビニエンスストア等での買い物体験を支援し、利用者が安定した地域生活を送れるように支援しています。

【非公表コメント】

共通 24	II-4- (1) -② ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a	b
	ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ボランティア受け入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。	<input type="radio"/>	
	ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。	<input type="radio"/>	
	学校教育への協力を働いている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

事業計画には、「人」を通じた地域とのつながりを広げ、地域からのボランティアを受け入れること等の事業所としての考え方を明示しています。地域・ボランティア委員会を設けて、実習生のボランティアの受け入れを図っています。地域の福祉文化を担う住民の心構えや、さらに地域住民と利用者との交流を図る視点でのボランティアの育成を図る取り組みが期待されます。ボランティア受け入れマニュアルを整備し、ボランティアの育成を図り、地域福祉への住民の関心を高める取り組みの一層の強化が期待されます。

【非公表コメント】

II-4- (2) 関係機関との連携が確保されている。		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 25	II-4- (2) -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。	a	a
	当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	地域に適当な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
【第三者評価結果についてのコメント】			
川崎市社会福祉協議会施設長会に参加し、また、川崎市障害福祉施設事業協会に加盟し、定期的に連絡会等に出席するなど連携に努め、地域の関係機関とのネットワークを構築し、共同で各種行事の開催に取り組む活動を推進しています。区役所での絵画や書道の作品展示会、川崎市文化財団が主催する「Colorsかわさき」の障害者の芸術活動への取り組み等に積極的に参加しています。また、市内の特別支援学校と連携して体験実習等を実施し、重度の障害者が安心して施設を利用できるように支援しています。			
【非公表コメント】			

Ⅱ-4- (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 26	Ⅱ-4- (3) -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。		a	a
	福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。		○	○
【第三者評価結果についてのコメント】				
川崎市社会福祉協議会の民生委員交流会に参加し、また、川崎市障害福祉施設事業協会に加盟し、行政及び障害福祉施設相互の連携と情報共有を図り、地域福祉ニーズの把握に努めています。強度行動障害等の症状があり、他の施設では受け入れが困難な利用者を積極的に受け入れています。また、地域の民生委員とのつながりを通して障害者に関する地域住民からの相談に応じており、地域住民の障害者福祉への関心と理解を深めることにつながっています。				
【非公表コメント】				

共通 27	Ⅱ-4- (3) -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。		a	a
	把握した福祉ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。		○	○
	把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。		○	○
	多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。		○	○
	福祉施設・事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極的に行ってている。		○	○
	地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。		○	○
【第三者評価結果についてのコメント】				
川崎市社会福祉協議会主催の「地域生活支援SOSかわさき事業」に法人として参加しています。分野・領域を超えた社会福祉法人のネットワークを構築し、生活困窮者への食料、衣類の支給等の公益活動を推進しています。また、特別支援学校の生徒を対象にした夏休み一日体験・見学会を開催し、地域の福祉ニーズに対応しています。地域の公益的事業・活動の一環として、災害発生時の二次避難場所を想定し、飲料水・食料・毛布等を備蓄し緊急時に備えています。				
【非公表コメント】				

III 適切な福祉サービスの実施

III-1 利用者本位の福祉サービス

III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 28	III-1-(1)-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。	a	a
	理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

法人の理念や事業計画、事業所の事業計画等に利用者の権利擁護や自己決定と選択の尊重、個人の尊厳等について明示しています。事業所では職員に標準支援マニュアルを配付し、利用者尊重の姿勢を理解し実践できるようにしています。虐待防止委員会と意思決定委員会主催で人権意識や倫理観を高める研修を実施しています。日本知的障害者福祉協会の倫理綱領を唱和したり、虐待防止スローガンを考えカードにして事業所内に掲示したり、セルフチェックシートを用いて月次で振り返ったりするなど、意識を持ち続ける取り組みを行っています。

【非公表コメント】

共通 29	III-1-(1)-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。	a	a
	利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその理解が図られている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

法人の規定によるプライバシーポリシーを掲げています。職員行動指針にはプライバシーの保護と管理を明示し、標準支援マニュアルでは支援現場における配慮点等を記載しています。日常において排泄時や更衣、その利用者の生活や支援についての情報を職員間で共有する場面では、特にプライバシー保護に配慮しています。保護者会では、利用者の日中活動の写真を園だよりに載せ、様子を伝えて欲しいとの要望がありますが、年度初めに同意書を確認し、プライバシー保護を徹底しています。保護者には契約更新時にプライバシー保護について周知しています。

【非公表コメント】

Ⅲ-1-(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。			
共通 30	Ⅲ-1-(2)-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。	園の自己評価結果	
		第三者評価結果	
	理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。	○	○
	組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。	○	○
	福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にていねいな説明を実施している。	○	○
	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。	○	○
	利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	○	○

【第三者評価結果についてのコメント】

事業所の特性をホームページを通じて広く外部に公表しています。行政の冊子にも掲載しています。事務室にはリーフレットや広報誌を置き、見学者等に配布しています。利用者のカフェテリアを利用する様子や日中活動の様子を写真も活用して、わかりやすく伝えています。施設見学や体験実習は随時受け入れています。特別支援学校の2年生、3年生には時期を決め1日体験見学を行っています。個別の状況や事情に合わせた利用者にわかりやすい資料を用意して丁寧に説明し、希望に応じて作業体験ができるようにしています。

【非公表コメント】

Ⅲ-1-(2)-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。			
共通 31	サービスの開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。	園の自己評価結果	
		第三者評価結果	
	サービスの開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。	○	○
	説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。	○	○
	サービスの開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。	○	○
	意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。	○	○

【第三者評価結果についてのコメント】

利用の開始時には、活動プログラムや日課の様子を見てわかるように、写真を用意して説明しています。文字や話し言葉での説明で全てを理解するのが難しいことを想定し、体験による理解と説明を丁寧に行います。利用者の理解度については体験中の様子から、また、以前から本人を知る家族等と情報を共有して判断します。体験では活動等だけでなく作業仲間や利用の諸条件についても本人に合っているか検討し、繰り返し説明をします。サービス内容の変更は個別支援計画に明記し、本人向けに平易な文章や資料を作成しています。

【非公表コメント】

共通 32	III-1-(2)-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。	a	a
	福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

事業所の変更にあたってはサービス担当者会議等を開催し、変更を決定するまでの経過において関係機関と連携し、利用者状況に関する情報共有に努めています。障害福祉サービス受給者手帳に履歴を残して利用者に返却します。利用者と家族等の希望や移行事業所の依頼に合わせて引き継ぎ、サービス担当者会議を開催し、フォローアップしています。アセスメントシートや個別支援計画書はいつでも提供できるようにしています。終了後も相談できる体制を継続し、利用中と同様に相談できることを伝えています。

【非公表コメント】

共通 33	III-1-(3) III-1-(3)-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。	園の自己評価結果 b	第三者評価結果 a
	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するため、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。		<input type="radio"/>
	分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

自治会を毎月開催し、職員はサポートしながら利用者の意向や満足度を把握しています。自治会では利用者が中心となり、職員は意向を引き出し、より満足できる活動となるように共に検討しています。毎月の保護者会では、施設長の他に職員も出席し、具体的な活動の様子を伝え、保護者が捉える利用者の満足度の把握に努めています。モニタリングの面談でも利用者や家族のイベント継続等の希望や思いを聞き取り、満足度を把握し個別支援計画に反映しています。なお、利用者の満足度は、3年ごとに実施する利用者満足度調査や第三者評価からも把握しています。

【非公表コメント】

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b	a
	苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しありやすい工夫を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。		<input type="radio"/>
	苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
【第三者評価結果についてのコメント】			
苦情解決の体制を整備し、契約時や更新時に重要事項説明書を用いて、利用者と保護者に説明しています。事業所内には苦情解決体制と連絡先を明示したポスターと第三者委員の告知を掲示しています。電話等のほか連絡帳や送迎時に直接苦情要望が寄せられ、受けた職員から苦情対応のフローに沿って記録し、職員間で共有して解決等につなげています。申し出者への報告等の記録は毎月取りまとめ、第三者委員会に報告し、保護者会でも対応と解決の例として報告しています。第三者委員を保護者会で紹介し、仕組みの理解や利用しやすさにつなげています。			
【非公表コメント】			

共通 35	Ⅲ-1-(4)-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。	a	a
	利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
【第三者評価結果についてのコメント】			
説明を文書で受け止めることが困難な利用者には、意思表示する言葉や動作に対し、さまざまな問い合わせや選択肢を提示し、「話したい」「誰と」「何について」などを把握しています。利用者はその体験から話したい人や場所等を自由に選べる事を理解しています。伝え方が一律ではないため利用者の表情や体の動きなどに配慮し、一人ひとりに合った絵カードなどを活用しています。相談室や慣れ親しんだ個別ブースのほか、その時落ち着く場所などリラックスできる環境を用意しています。			
【非公表コメント】			
文書等で利用者へのわかりやすい説明を課題と考え工夫しています。汲み取るところから始まりますが、利用者がわかりやすい掲示物「いつでも誰とでも話せるよ」を示す掲示物で(絵や記号等も活用する等)、寄り添う姿勢を示す工夫も検討してはいかがでしょうか。			

共通 36	III-1-(4)-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。	a	b	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>		
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
【第三者評価結果についてのコメント】				
日々の言葉かけや、動作や行動から利用者の意思を把握しています。職員は、話したい様子や不安がある様子などから話せる環境を用意し、傾聴に努めています。相談の内容に応じて、適切な立場の職員や利用者が話しやすいと思っている職員が相談を受けます。相談内容を受けて日々の行動や複数の職員で推察し、保護者や関係者からの情報等を踏まえて意向を確認し、対応を図ります。今後は相談対応マニュアルの整備が望されます。まず受け止める手順や方法等を確認しそのなかから苦情につなげるもののケア記録等に落とし込むなど対応の標準化が求められます。				
【非公表コメント】				

Ⅲ-1-(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。		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 37	Ⅲ-1-(5)-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。	a	b
	リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。	○	○
	事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。	○	○
	利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。	○	
	収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。	○	○
	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。	○	○
	事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。	○	○

【第三者評価結果についてのコメント】

「危機対応マニュアル」を作成して危機管理の基本方針を明記し、法人として対応すべき危機管理や緊急時の対応に備えています。また、「ヒヤリハット・事故発生と事後対応マニュアル」を作成し、重要度のレベルに応じた処置と報告体制を明示しています。防災とリスクマネジメントを担当する委員会を設置し、法人の安全委員会と連携し、定期的に危機対応訓練を実施しています。ヒヤリハット件数は月に3件程度と少なく積極的に収集することが求められます。事故防止に向けた全職員の危機管理意識の強化とヒヤリハット機能の積極的活用の推進が期待されます。

【非公表コメント】

共通 38	Ⅲ-1-(5)-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。	a	a
	感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	○	○
	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。	○	○
	担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。	○	○
	感染症の予防策が適切に講じられている。	○	○
	感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。	○	○
	感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。	○	○

【第三者評価結果についてのコメント】

衛生管理委員会を設置して、保健衛生や感染症予防に関する対策を実施しています。「障害福祉サービス施設・事業所職員のための感染対策マニュアル」を活用し、看護師を中心に感染症予防に努めています。検査キットを用いて全員の感染状況の検査を行い、また、毎日「感染症状況把握表」を用いて利用者や職員の体調をチェックする等の対策を講じることで、今回のコロナ禍での施設内のクラスター発生を防止しました。毎年4月にノロウイルス等罹患時の職員対応の実践研修を実施し、吐しゃ物等汚物処理に対する職員の注意を喚起しています。

【非公表コメント】

共通 39	III-1-(5)-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。	a	a	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
【第三者評価結果についてのコメント】				
「危機対応マニュアル」「大規模地震発生時の対応マニュアル」等のマニュアルを整備し、防災委員会を設置し災害時の避難等の対策を実施しています。火災・地震・水害等を想定し、年10回の防災訓練・危機対応訓練を実施し、そのうち1回は、総合防災訓練として消防署と連携し、利用者の2階から1階への避難訓練を実施しています。「BCP(事業継続計画)小向このはな園」を整備し、利用者・職員の安否確認や職員対応、避難場所等について明記しています。また、災害発生に備え利用者向けの飲料水や常備薬など3日分を備蓄しています。				
【非公表コメント】				

III-2 福祉サービスの質の確保

III-2- (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。		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 40	III-2- (1) -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。	a	a
	標準的な実施方法が適切に文書化されている。	○	○
	標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。	○	○
	標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	○	○
	標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。	○	○

【第三者評価結果についてのコメント】

「利用者支援標準マニュアル」を整備しています。マニュアルには、日中活動支援、食事支援、送迎支援、トイレ支援、服薬支援等の標準プロセスを明記しています。また、「支援計画シート/支援手順書」を作成し、個々の利用者特性に応じて場面ごとの本人の動き、支援者の動き、及び支援のポイントや留意事項について明示し、支援の統一性を図っています。利用者支援標準マニュアルや支援手順書等は月ごとに班会議やチーフ会議で見直しの必要性について確認し、利用者支援の内容にあわせて見直しを実施し、全体職員会議で周知しています。

【非公表コメント】

共通 41	III-2- (1) -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	a
	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	○	○
	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に実施されている。		○
	検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。	○	○
	検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。	○	○

【第三者評価結果についてのコメント】

1年ごとにマニュアル類の見直しを実施しています。利用者支援標準マニュアルは令和5年4月に改訂したことがマニュアルに明記されています。各班会議、チーフ会議、全体職員会議で利用者支援標準マニュアル等の見直しの必要性を検証し、また、マニュアルの記述は利用者支援全般にわたるため、分掌ごとに関連する項目の担当職員が、担当業務に即したマニュアルの見直しの必要性をチェックしています。強度行動障害に関する利用者支援の専門性に配慮し、個別支援計画に明記されている利用者への丁寧な説明や自己決定の配慮点等について、マニュアルに反映するようにしています。

【非公表コメント】

III-2-(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。		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 42	III-2-(2)-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。	a	a
	個別支援計画策定の責任者を設置している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

アセスメントを実施し、利用者・家族面談を実施して利用者同意のもとに支援のニーズを把握し、障害者のストレングスを生かした個別支援計画の策定に努めています。また、「自閉スペクトラム症(ASD)特性アセスメントシート」を用いて、自閉傾向の強い利用者の社会性やコミュニケーション特性等の支援ニーズを把握し、個別支援計画に反映しています。サービス管理責任者が個別支援会議を開催し、班担当職員、看護師等との利用者支援に関する情報共有を図り、また、サービス等利用計画との整合を図り、個別支援計画を策定しています。

【非公表コメント】

III-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。		a	a
	個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

年2回、個別支援計画の見直しを実施しています。また、利用者状況の変化に応じて隨時見直しを行います。半年ごとに個別支援計画の目標に沿って担当職員が達成状況を評価し、モニタリングシートを作成しています。モニタリングシートは、個別支援計画の支援課題・支援目標、目標の達成状況、本人が行ったこと、支援員が行ったこと、及び総合初見が明記されています。評価結果をもとにサービス管理責任者が利用者担当職員、看護師、栄養士等に事前に確認し、個別支援会議を開催して個別支援計画の情報を共有し、次期の計画に反映しています。

【非公表コメント】

	III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	園の自己評価結果	第三者評価結果
共通 44	III-2-(3)-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。	a	a
	利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>記録システムを導入し、パソコンを活用して利用者支援に関する各種の情報を入力し、職員間の情報共有を図っています。記録システムはケース記録等の日々のサービス提供の記録だけでなく、個人情報などの利用者の基礎情報や会議録、医療、看護、栄養に関する情報など多岐に及ぶ情報が記録されています。職員は、個別支援計画の目標に沿って、日々の利用者支援が実践されていることをケース記録に記述し、また、日々の支援で注意を要する事柄を特記事項としてケース記録に記述し、職員間の情報共有を図り、支援の統一性を図っています。</p>			
【非公表コメント】			
	III-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	a
共通 45	個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	記録管理の責任者が設置されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>「個人情報保護規定」を策定し、個人情報保護管理責任者を指名し、個人情報の収集や目的外利用の制限、個人情報の記録・保存等について明示し全職員に周知しています。また、「プライバシーポリシー(個人情報保護方針)」をホームページに掲載し、個人情報を慎重に取り扱い、法人としての個人情報保護に関する11項目の取り組みについて開示しています。事業所内の個人情報に関する資料は、鍵のかかる書庫に保管しています。パソコン上の個人情報はパスワード管理を行い、データの不正利用や漏洩の防止を図っています。</p>			
【非公表コメント】			

自己評価結果表【内容評価】（障害者・児福祉サービス版）

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1- (1) 自己決定の尊重		園の自己評価結果	第三者評価結果
A1	A-1-(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。	a	a
	利用者の自己決定を尊重するエンパワメントの理念にもとづく個別支援を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の主体的な活動については、利用者の意向を尊重しながら、その発展を促すよう支援を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	趣味活動、衣服、理美容や嗜好品等については、利用者の意思と希望や個性を尊重し、必要な支援を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	生活に関わるルール等については、利用者と話し合う機会（利用者同士が話し合う機会）を設けて決定している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者一人ひとりへの合理的配慮が、個別支援や取組をつうじて具体化されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の権利について職員が検討し、理解・共有する機会が設けられている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
【第三者評価結果についてのコメント】			
自治会は、自主性を尊重して利用者主体で進行しています。外出行事の行き先やグループ分け、外出先での活動内容について話し合い、利用者が自ら考えて選び、人に合わせる経験につながるよう支援しています。職員は、写真などで必要な情報をわかりやすく提供し、利用者が一度選択した後に変更したい場合も皆で受け止め、急がず進行するようにしています。スマートフォンの使用について話し合い、時間や場所をルール化し掲示しています。ルールを利用者が忘れた時は、それを指摘することで利用者がルールを守ることの大切さを理解し、行動の修正を図ります。午前は「しごと」としての作業を中心に行い、午後は地域生活での課題や社会参加、芸術活動、健康の維持向上等につながる諸活動に取り組んでいます。個別に作業やその手順を検討し、本人の選択により落ち着いた環境で自分で進めることで達成感を持てるよう支援しています。また、展示会やアート展などへの出品等の活動に意欲的に取り組めるよう支援しています。			
【非公表コメント】			

A-1- (2) 権利擁護			園の自己評価結果	第三者評価結果
A2	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		a	a
	利用者の権利擁護について、規定・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の権利擁護のための具体的な取組を利用者や家族に周知している。			<input type="radio"/>
	権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続きと実施方法等を明確に定め、職員に徹底している		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	権利擁護のための取組について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	権利侵害が発生した場合に再発防止策を検討し、理解のもとで実施する仕組みが明確化されている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
【第三者評価結果についてのコメント】				
法人の虐待防止対応規定を定め、組織目標として人権擁護の推進を掲げ、毎年研修で職員の理解と意識の強化を図っています。3ヶ月ごとに虐待防止の職員セルフチェックを行い、職員間で率直に指摘し合える関係を築き、サポートし合い、虐待を引き起こさないよう取り組んでいます。職員間では利用者の良いところを見つけ出す「ニコリホット」で場面を共有し、夕礼で施設長から職員の支援の良い場面を伝えるようにしています。虐待防止委員会では毎月身体拘束における手順や方法を明確にし、実態把握や虐待防止への取り組みを検討しています。利用者や保護者には契約時に苦情の申し出や身体拘束について説明し、成年後見制度の利用について伝え、相談会を実施しています。意思決定支援委員会と合同主催で権利擁護研修を開催しています。夕礼で倫理綱領(日本知的障害者福祉協会)を唱和したり、強度行動障害支援者養成研修修了者から障害特性の理解と支援技術を伝達しています。				
【非公表コメント】				

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本		園の自己評価結果	第三者評価結果
A3	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a	a
	利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等を理解し、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者が自力で行う生活上の行為は見守りの姿勢を基本とし、必要な時には迅速に支援している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	自律・自立生活のための動機づけを行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	生活の自己管理ができるように支援している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

利用者が社会で生きる力につけること、及び自信が持てることを支援の中心に置き、自分で考えるように絵やカードを用いて見える形で説明しています。1日のスケジュールを絵カード等で示し、行動の道筋を作っています。作成にあたっては本人の意向を反映し、主体的に行動できるよう合理的な配慮に留意しています。個別支援計画では利用者の思いや希望を確認し、その実現に向けて必要な支援を行っています。利用者のストレングスに着目し、安心して受診できること、出先でトイレの使用ができること、買い物で欲しいものを選択し支払いができること、自分で衣類の整理整頓ができること等、個々の生活の自立課題に取り組んでいます。休日の過ごし方や工賃の使い方等を話し合い、本人が自らの意思で判断し、安心して社会生活を送れるように支援しています。また、生活全体を見通し、必要な支援を利用できるよう行政に働きかけて生活を整えたり、生活の状況等の変化を受け止め、必要な機関につなぐなどの支援を行っています。

【非公表コメント】

A4	A-2-(1)-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。	a	a
	利用者の心身の状況に応じて、さまざまな機会や方法によりコミュニケーションがはかられている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	コミュニケーションが十分ではない利用者への個別的な配慮が行われている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	意思表示や伝達が困難な利用者の意思や希望をできるだけ適切に理解するための取組を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	必要に応じて、コミュニケーション機器の活用や代弁者の協力を得るなどの支援や工夫を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

自閉スペクトラム症や重度知的障害により言語でのコミュニケーションでは全てを理解できない事に配慮し、実物、写真、イラスト、指さし等、本人が見てわかるもので説明するようにしています。本人の意思を探り一人ひとりに合ったカードを作成し、利用者がカードを示して意思を伝え自分で行動できるようにしています。動作から意向を推察したり、行動の中に含まれる不都合などにも配慮し、それを受け止めて改善につなげています。カードは家庭でも活用しています。家族の協力のもとに本人の自発的なコミュニケーションを引き出し、本人の思いが伝わり理解される事を大切にしています。職員は本人の様子や表情等を記録し、複数の職員、家族や他機関の支援者とも協議して本人の思いを推察しています。また、家族との外出の情報等をスマートフォンのメールで連絡してくれることもあり、職員は利用者の思いを把握し、支援手順書に反映しています。

【非公表コメント】

A5	A-2-(1)-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。	a	a
	利用者が職員に話したいことを話せる機会を個別に設けている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の選択・決定と理解のための情報提供や説明を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の意思決定の支援を適切に行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	相談内容について、サービス管理責任者等と関係職員による検討と理解・共有を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	相談内容をもとに、個別支援計画への反映と支援全体の調整等を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

個別支援計画の「本人の思い」欄には、利用者が用いた言葉をそのまま記すようにし、職員は本人の思いを共有し個別支援計画に沿って支援します。利用者が話したいと申し出たり、不安な様子等が見られる時は、職員はいつでも話を聞くようになっています。相談室を利用して本人のプライバシー保護に配慮し、本人が安心して相談できる雰囲気づくりを行っています。相談内容は必要に応じてタ札や個別支援会議、全体職員会議で共有し、具体的な支援につなげています。日常の生活場面では、利用者が自分の意思で選択することを支援しています。食事の際にドレッシングを選択したり、健康診断の情報から受診の必要性を事前に理解した上で受診するようにしています。日中活動や各種行事においても、利用者が常に選択と意思表出ができるように配慮しています。利用者のリクエストで作業を一定量やり遂げたら好きなキャラクターのシールを貼って、本人のやる気につなげる等の工夫しています。

【非公表コメント】

A6	A-2-(1)-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。	a	a
	個別支援計画にもとづき利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動（支援・メニュー等）の多様化をはかっている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の状況に応じて活動やプログラム等へ参加するための支援を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の意向にもとづく余暇やレクリエーションが適切に提供されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツに関する情報提供を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	地域のさまざまな日中活動の情報提供と必要に応じた利用支援を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	個別支援計画の見直し等とあわせて日中活動と支援内容等の検討・見直しを行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

個別支援計画を作成する過程では、本人の意向をよく聞き、どの活動に参加するかを決めています。本人の障害特性に応じて工程を細分化したり、社会生活力に結びつくような活動にするなど多様な取り組みをしています。午前の活動であるタオルたたみやアルミ缶リサイクルなどの作業は、利用者が「しごと」の意識で取り組み、手応えや自信につながるよう支援しています。午後の活動は、絵画や書道、各種創作活動、園芸や調理等の多様なプログラムがあり、利用者が好きなプログラムを選択します。また、アート作品展に出品し、地域のスポーツセンターと連携してボッチャ競技などを利用者が体験します。近隣のコンビニエンスストアでの買い物、受注品の納品など地域との接点を持って活動しており、地域の人に利用者を知ってもらえる機会にもなっています。

【非公表コメント】

A7	A-2-(1)-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。	a	a
	職員は障害に関する専門知識の習得と支援の向上をはかっている。	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	利用者の障害による行動や生活の状況などを把握し、職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行っている。	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	利用者の不適応行動などの行動障害に個別的かつ適切な対応を行っている。	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	行動障害など個別的な配慮が必要な利用者の支援記録等にもとづき、支援方法の検討・見直しや環境整備等を行っている。	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	利用者の障害の状況に応じて利用者間の関係の調整等を必要に応じて行っている。	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
【第三者評価結果についてのコメント】			
自閉スペクトラム症や知的障害の特性等の理解を深められるよう、研修受講修了者等からDVDの映像を用いて学ぶ機会を設けています。自閉スペクトラム症支援手順書を作成し、チームで実践し生活動作の向上につなげています。職員は強度行動障害の障害特性と支援対策がしっかり見えるように専門性の強化に努め、個々の利用者の障害特性に応じた支援を行うようにしています。日々の支援経過の記録から毎月個別支援会議で振り返り、支援内容の見直しにつなげています。職員は、行動障害の利用者の不適応行動には予防的な支援を心がけ、問題行動が起きない状態を目指しています。日々の生活の中で利用者の不安感が高じることがないような環境設定に努め、また、更生相談所等関係機関と連携し、利用者支援の専門性の一層の強化に努めています。			
【非公表コメント】			

A-2- (2) 日的な生活支援			園の自己評価結果	第三者評価結果
A8	A-2-(2)-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。		a	a
	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本としておいしく、楽しく食べられるように工夫されている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の心身の状況に応じて食事の提供と支援等を行っている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の心身の状況に応じて入浴支援や清拭等を行っている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の心身の状況に応じて排せつ支援を行っている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の心身の状況に応じて移動・移乗支援を行っている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

食事は、嚥下咀嚼の観点から一口サイズ等の食形態で支援しています。また、アレルギー対応食の利用者がいます。食事委員会を立ち上げ食堂内の環境整備を行います。食事提供指針を整備し、食事が安全においしく提供できるように材料、調理方法、提供時間などを工夫し、リクエストメニューを企画しています。排泄支援は、半数以上が一部介助の利用者です。排便に関する医療的ケアが必要な利用者がいます。また、医師のアドバイスにもとづいて歩行介助が必要な利用者がいます。歩行の際の注意が必要で、作業室から他の作業室に移動する際に、職員が利用者が安全に移動できるように見守り支援を行っています。個別支援計画の目標に沿った支援が実践されていることをケース記録に記録し、職員間の情報共有を図っています。

【非公表コメント】

A-2- (3) 生活環境			園の自己評価結果	第三者評価結果
A9	A-2-(3)-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。		a	a
	利用者の居室や日中活動の場等は、安心・安全に配慮されている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	居室、食堂、浴室、トイレ等は、清潔、適温と明るい雰囲気を保っている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者が思い思いに過ごせるよう、また安眠（休息）できるよう生活環境の工夫を行っている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	他の利用者に影響を及ぼすような場合、一時的に他の部屋を使用するなどの対応と支援を行っている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	生活環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

館内の作業スペースや廊下・トイレ等の共用空間は、採光や換気、清掃が行き届いた空間が保たれています。「このはな園館内清掃マニュアル」を整備し、毎日の館内清掃と午前と午後の館内換気、消毒を行い快適な空間づくりに努めています。トイレは、梅雨から夏の時期は風通しに注意し、カビの発生を防止し利用者がきれいな環境で安心して利用できるように配慮しています。作業室は作業スペースと休憩スペースに分けて、場所によって使い方のメリハリをつけてくつろげるようになっています。床のワックス掛けは年1回です。また、年6回の防災自主点検や電気設備点検、年4回のエレベーター保守点検等を実施し、利用者が安全に安心して生活できるように配慮しています。

【非公表コメント】

A-2- (4) 機能訓練・生活訓練		園の自己評価結果	第三者評価結果
A10	A-2-(4)-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。	a	a
	生活動作や行動のなかで、意図的な機能訓練・生活訓練や支援を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者が主体的に機能訓練・生活訓練を行えるよう工夫している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の障害の状況に応じて専門職の助言・指導とともに機能訓練・生活訓練を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者一人ひとりの計画を定め、関係職種が連携して機能訓練・生活訓練を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	定期的にモニタリングを行い、機能訓練・生活訓練計画や支援の検討・見直しを行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
【第三者評価結果についてのコメント】			
自力歩行の一部介助が必要な利用者がいます。リハビリ科医の指導を受けて機能訓練を実施しています。個別メニューを個別支援計画に反映し、利用者が主体的に取り組めるようにしています。訓練の状況は、リハビリ科医にフィードバックするようにしています。また、自宅からグループホームへの地域移行を希望する利用者のケースでは、相談支援センター等関係機関と連携し、地域で生活するための生活訓練を行っています。利用者が地域で安心して生活するために排泄や歯磨き、気候に適した衣類の選択など実生活を想定した社会生活力が身につくように支援しています。また、近隣のコンビニエンスストアやファーストフードでの買い物など本人の自立性の向上を目指した支援を行っています。			
【非公表コメント】			

A-2- (5) 健康管理・医療的な支援			園の自己評価結果	第三者評価結果
A11	A-2-(5)-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。		a	a
	入浴、排せつなどの支援のさまざまな場面をつうじて、利用者の健康状態の把握に努めている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	医師又は看護師等による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の障害の状況にあわせた健康の維持・増進のための工夫を行っている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	利用者の体調変化等における迅速な対応のための手順、医師・医療機関との連携・対応を適切に行っている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	障害者・児の健康管理等について、職員研修や職員の個別指導等を定期的に行ってい る。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

年2回の内科健診、年1回実施の胸部レントゲン健診、生活習慣病予防検診、インフルエンザ予防接種等を実施しています。また、健康状態の確認として、検温等のバイタルサインチェック、更衣時の皮膚状態の観察、トイレでの排泄状態のチェックを日課としています。連絡帳を活用し、利用者の健康状態について家族との情報共有を図っています。利用者の健康状態のチェックの結果を毎日記録し、体調の変化を観察し状態の把握に努めています。不快感を言葉で伝えることが苦手で、行動で思いを伝える利用者の場合は、表情や行動を観察します。観察の結果を支援員、看護師、施設長で共有し、利用者の体調の変化への対策の緊急性について協議し、家族や医療機関と連携して適切な対応に努めています。

【非公表コメント】

A12	A-2-(5)-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。 ※医療的な支援を実施していない場合は、「非該当」とすることができます。		a	a
	医療的な支援の実施についての考え方（方針）と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	服薬等の管理（内服薬・外用薬等の扱い）を適切かつ確実に行っている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については、医師の指示にもとづく適切な支援や対応を行っている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	介護職員等が実施する医療的ケアは、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	医師や看護師の指導・助言のもと安全管理体制が構築されている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	医療的な支援に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

【第三者評価結果についてのコメント】

医療的ケアを必要とする利用者がいます。薬液吸入と排便管理を必要とする利用者です。「医療的ケア依頼書指示書(主治医の指示書)」に基づき看護師が看護マニュアルに沿って支援を行い、支援結果を主治医にフィードバックしています。食物アレルギー疾患の利用者がいます。施設の利用開始時に「調査票」を用いてアレルギーのチェックを行います。栄養士が食事内容をチェックし、調理職員及び支援員が食札で確認しアレルギー事故防止を徹底しています。服薬管理を徹底し、服薬事故の防止に努めています。利用者支援標準マニュアルに服薬支援に関する留意事項を明記し、「内服チェックリスト」で服薬の状況を確認し、昼食の後にしっかり服薬できることを再確認しています。

【非公表コメント】

A-2- (6) 社会参加、学習支援			園の自己評価結果	第三者評価結果
A13	A-2-(6)-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。	a	a	
	利用者の希望と意向を把握し、社会参加に資する情報や学習・体験の機会を提供する等、社会参加への支援を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	利用者の外出・外泊や友人との交流等について、利用者を尊重して柔軟な対応や支援を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	利用者や家族等の希望と意向を尊重して学習支援を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	利用者の社会参加や学習の意欲を高めるための支援と工夫を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
【第三者評価結果についてのコメント】				
事業計画に、社会リハビリテーションの考え方を取り入れ、社会生活力を高めるための生活支援に取り組むことを明記しています。地域や家族との生活の背景、本人が望む将来の暮らしのあり方など生活の全体像を視野に入れて、自分らしく生きるために必要な生活スキルを高める支援を行っています。社会参加の機会として、創作活動の作業プログラムを実施しています。洗濯済みのリネンタオルのたたみ作業や医療機関用スリッパの梱包作業、アルミ缶リサイクルなど、障害の程度にかかわらず利用者が「しごと」という意識で取り組めるように配慮しています。また、本人の申出を受けて絵画や書道等の区役所での展示会や、川崎市文化財団主催の「Colorsかわさき」に応募して利用者の社会参加を支援しています。				
【非公表コメント】				

A-2- (7) 地域生活の移行と地域生活の支援			園の自己評価結果	第三者評価結果
A14	A-2-(7)-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。	a	a	
	利用者の希望と意向を把握し、地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会を提供している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	利用者の社会生活力と地域生活への移行や地域生活の意欲を高める支援や工夫を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	地域生活への移行や地域生活について、利用者の意思や希望が尊重されている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮や支援を行っている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	地域生活への移行や地域生活のための支援について、地域の関係機関等と連携・協力している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
【第三者評価結果についてのコメント】				
地域で生活する利用者の自立に向けた支援に努めています。利用者の多くは親と同居しており、自宅から通っています。家族の高齢化により入所施設やグループホームへの移行が求められるケースがあります。連絡帳を用いた日々のやり取りを通じて、家庭生活上のニーズや本人の思いを把握し、家族や相談支援センター等関係機関と連携し利用者の地域での生活を支援しています。自宅からグループホームに生活の場を移した利用者には、1週間程度の体験入居を支援し、また、近隣のコンビニエンスストアやファーストフード店での買い物体験を実施し、利用者が安心してグループホームに移れるように支援しています。グループホームへの移行後の通所を受け入れ、サービス管理責任者が相談窓口となり、利用者の地域生活に関する相談に応じています。				
【非公表コメント】				

A-2-(8) 家庭との連携・交流と家族支援		園の自己評価結果	第三者評価結果
A15	A-2-(8)-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。	a	a
	家族等との連携・交流にあたっては、利用者の意向を尊重して対応を行っている。	○	○
	利用者の生活状況等について、定期的に家族等への報告を行っている。	○	○
	利用者の生活や支援について、家族等と意見交換する機会を設けている。	○	○
	利用者の生活や支援に関する家族等からの相談に応じ、必要に応じて助言等の家族支援を行っている。	○	○
	利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールが明確にされ適切に行われている。	○	○
	利用者の生活と支援に関する家族等との連携や家族支援についての工夫を行っている。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
毎日連絡帳を活用し、利用者家族とのコミュニケーションを図っています。本人から日中活動の様子を聞くことが難しいので、施設の出来事や利用者の日中活動の状況を連絡帳でわかりやすく教えてほしいとの家族の要望があり、日々の送迎時に面で家族に伝えています。保護者から利用者の家庭での状況を把握し、また、利用者家族の施設への要望や思いの把握に努めています。年に11回の保護者会を開催しています。保護者会では、日中活動や各種イベントにおける利用者の参加の状況や医療のこと、施設運営のこと等、また、「一人ひとりの地域生活を見据え、チャレンジしている」と呼びかけを掲載するなど、詳細な資料を配付し、利用者家族との情報共有を図っています。			
【非公表コメント】			

A-3 発達支援		園の自己評価結果	第三者評価結果
※障害児支援(障害児入所支援、障害児通所支援)以外の福祉施設・事業所については「評価外」となります。			
A-3-(1) 発達支援		園の自己評価結果	第三者評価結果
A16	A-3-(1)-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。	評価外	評価外
	子どもの発達過程や適応行動の状況等を踏まえた発達支援（個別支援）を行っている。		
	子どもの発達に応じて必要となる基本的日常動作や自立生活を支援するための活動や取組について、個別活動と集団活動等を組み合わせながら実施している。		
	子どもの活動プログラムについてはチームで作成するとともに、子どもの状況に応じた工夫や見直しを行っている。		
	子どもと保護者に対し、学校及び保育所や認定こども園、児童発達支援事業所等との情報共有、連携・調整をはかっている。		
【第三者評価結果についてのコメント】			
【非公表コメント】			

A-4 就労支援

※就労支援（就労移行支援、就労継続支援（A型・B型）等）以外の福祉施設・事業所については「評価外」となります。

A-4-(1) 就労支援		園の自己評価結果	第三者評価結果
A17	A-4-(1)-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。 利用者一人ひとりの働く力や可能性を引き出すような取組や工夫を行っている。 利用者一人ひとりの障害に応じた就労支援を行っている。 利用者の意向や障害の状況にあわせて、働くために必要なマナー、知識・技術の習得や能力の向上を支援している。 働く意欲の維持・向上のための支援を行っている。 仕事や支援の内容について、利用者への定期的な報告と話し合いを行っている。 地域の企業、関係機関、家族等との連携・協力のもとに就労支援を行っている。	評価外	評価外

【第三者評価結果についてのコメント】

【非公表コメント】

A18	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるような取組と配慮を行っている。 利用者の意向や障害の状況に応じた仕事時間、内容・工程等となっている。 利用者が選択できるよう、多様な仕事の内容・工程等を提供するための工夫を行っている。 仕事の内容・工程等の計画は、利用者と作成するよう努めている。 賃金（工賃）等を利用者にわかりやすく説明し、同意を得たうえで適切に支払われている。 賃金（工賃）を引き上げるための取組や工夫を行っている。 労働安全衛生に関する配慮を適切に行っている。	評価外	評価外

【第三者評価結果についてのコメント】

【非公表コメント】

A19	A-4-(1)-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。	評価外	評価外
	職場や受注先の開拓等により仕事の機会の拡大（職場開拓）に努めている。		
	障害者就業・生活支援センター・ハローワーク等との連携を定期的かつ適切に行って いる。		
	利用者の障害の状況や働く力にあわせて、利用者と企業とのマッチングなどの就職支 援を適切に行っている。		
	就労後の利用者と職場との関係づくりなど、職場定着等の支援を必要に応じて行って いる。		
	利用者や地域の障害者が離職した場合などの受入や支援を行っている。		
	地域の企業等との関係性の構築や障害者が働く場における「合理的配慮」を促進する 取組・働きかけを行っている。		

【第三者評価結果についてのコメント】

【非公表コメント】

2. 評価結果参考資料（非公表）

- ◇利用者調査結果（詳細）
- ◇職員の自己評価結果（詳細）

第三者評価利用者アンケート調査結果

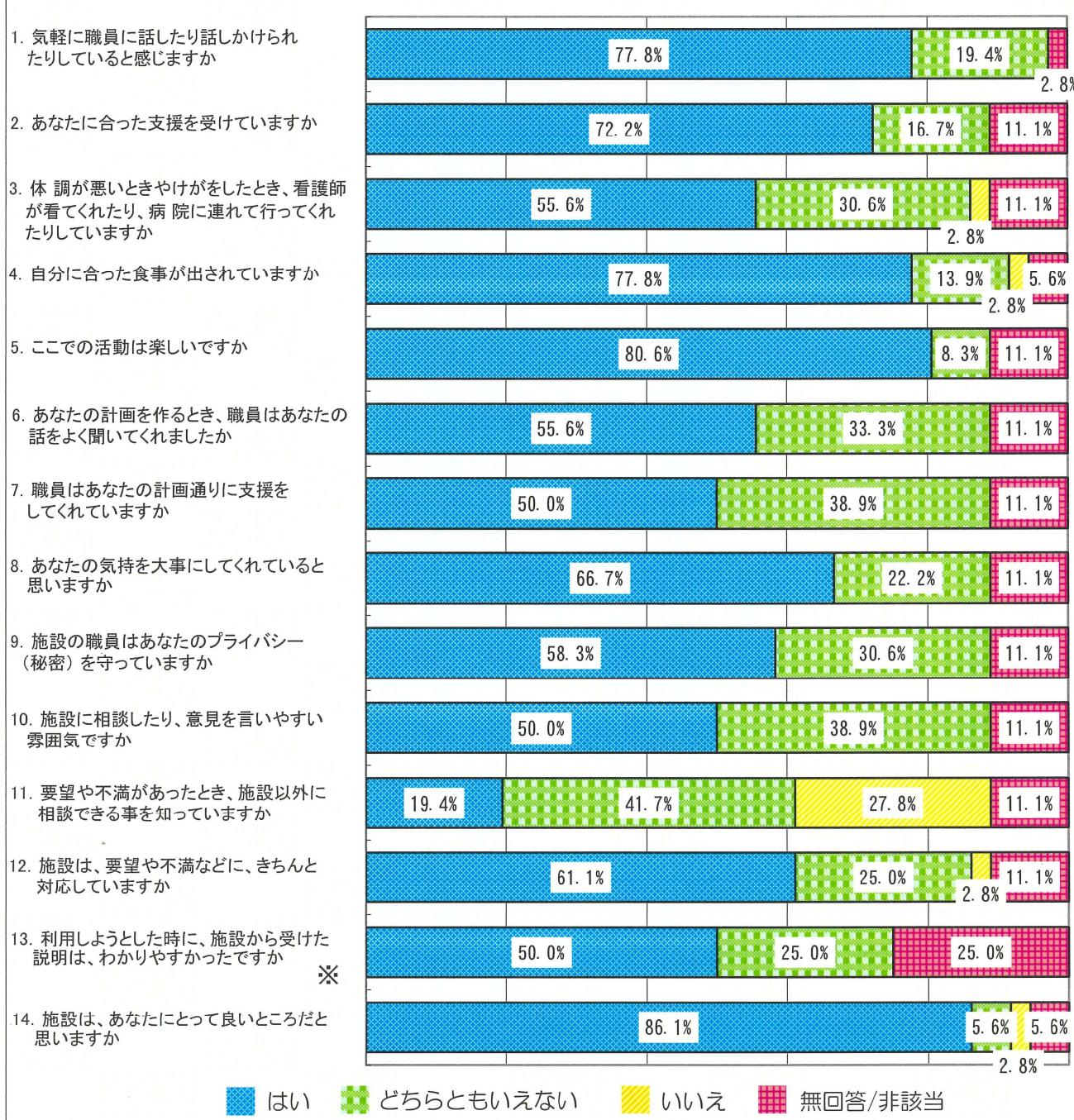
サービス種別:【生活介護】

《事業所名: 小向このはな園》

■調査対象と方法

調査対象	施設の利用者を対象に調査を行いました。
実施日 :	2023年7月26日
調査方法	施設からの調査対象の方々の特徴をあらかじめ知させてもらい、対象者がリラックスできるように言葉づかいなどに配慮しながら聞き取り調査を行いました。
利用者総数	41人
共通評価項目による調査対象者数	41人
共通評価項目による調査の有効回答者数	36人
利用者総数に対する回答者割合(%)	87.8%

■ 質問別回答比率の比較表



■ 調査対象と方法

■ 質問別回答者数の内訳表

(単位:人)

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答/非該当	合計
サービスの提供	1. 気軽に職員に話したり話しかけられたりしていると感じますか	28 77.8%	7 19.4%	0 0.0%	1 2.8%	36 100.0% ★★
	2. あなたに合った支援を受けていますか	26 72.2%	6 16.7%	0 0.0%	4 11.1%	36 100.0%
	3. 体調が悪いときやけがをしたとき、看護師が看てくれたり、病院に連れて行ってくれたりしていますか	20 55.6%	11 30.6%	1 2.8%	4 11.1%	36 100.0%
	4. 自分に合った食事が出されていますか	28 77.8%	5 13.9%	1 2.8%	2 5.6%	36 100.0% ★
	5. ここでの活動は楽しいですか	29 80.6%	3 8.3%	0 0.0%	4 11.1%	36 100.0% ★★★
個別の計画	6. あなたの計画を作るとき、職員はあなたの話をよく聞いてくれましたか	20 55.6%	12 33.3%	0 0.0%	4 11.1%	36 100.0%
	7. 職員はあなたの計画通りに支援をしてくれていますか	18 50.0%	14 38.9%	0 0.0%	4 11.1%	36 100.0% △△
利用者個人の尊重	8. あなたの気持を大事にしてくれていると思いますか	24 66.7%	8 22.2%	0 0.0%	4 11.1%	36 100.0%
	9. 施設の職員はあなたのプライバシー(秘密)を守っていますか	21 58.3%	11 30.6%	0 0.0%	4 11.1%	36 100.0%
相談・苦情への対応	10. 施設に相談したり、意見を言いやすい雰囲気ですか	18 50.0%	14 38.9%	0 0.0%	4 11.1%	36 100.0% △△
	11. 要望や不満があったとき、施設以外に相談できる事を知っていますか	7 19.4%	15 41.7%	10 27.8%	4 11.1%	36 100.0% △△△
	12. 施設は、要望や不満などに、きちんと対応していますか	22 61.1%	9 25.0%	1 2.8%	4 11.1%	36 100.0%
利用前の対応	13. 利用しようとした時に、施設から受けた説明は、わかりやすかったですか	2 50.0%	1 25.0%	0 0.0%	1 25.0%	4 100.0% △△
総合的な感想	14. 施設は、あなたにとって良いところだと思いますか	31 86.1%	2 5.6%	1 2.8%	2 5.6%	36 100.0% △△

■ は前提質問によって回答者を限定した質問です。前提質問の詳細については、後述します。

※※★★★、★★、★は「はい」回答比率の高い順に第三位までにマーキングされています。

※※△△△、△△、△は「はい」回答比率の低い順に第三位までにマーキングされています。

【※前提質問とその回答結果詳細】

《 利用前の施設の対応についての前提質問と回答結果 》

◆過去1年以内にこの施設を利用し始めましたか

はい	いいえ	無回答/非該当	合計	(単位:人)
5 13.9%	29 80.6%	2 5.6%	36	100.0%

※上記質問的回答が「はい」の方への質問です

◆利用前に、サービス内容や利用方法について説明がありましたか

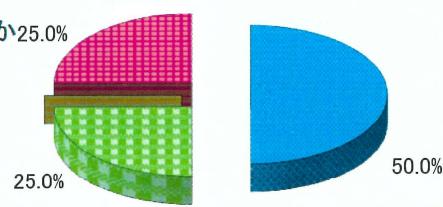
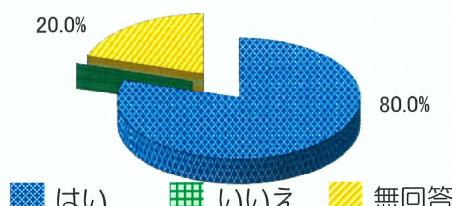
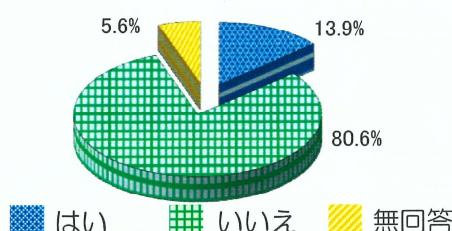
はい	いいえ	無回答/非該当	合計	(単位:人)
4 80.0%	0 0.0%	1 20.0%	5	100.0%

※上記二つの質問的回答が「はい」の方への質問です

13. 利用しようとした時に、施設から受けた説明は、わかりやすかったですか 25.0%

(単位:人)

はい	どちらともいえない	いいえ	無回答/非該当	合計
2 50.0%	1 25.0%	0 0.0%	1 25.0%	4 100.0%



■利用者アンケート調査 自由意見

※基本的に原文そのままにしていますが、読みやすさに配慮して誤字・脱字などの修正を行っています。

また、個人が特定できそうな文章は削除し、主旨が伝わるように修正を加えている部分があります。

「施設はあなたにとって良いところだと思いますか」の回答について、右記の数字で表示しています。

【 1…はい 2…どちらともいえない 3…いいえ 9…無回答 】↓

☆ 施設に対するご意見・ご要望等ありましたら、ご記入ください。

1	・病院には家族と行くので職員とは行ったことがない。 ・職員以外に相談できる所は聞いていない。	1
2	計画を作る時に職員がしっかり話をしてくれる。	1
3	職員以外に支援センターの職員に相談している。	1
4	ラーメンをもっと食べたい。	1
5	・計画を作る時職員にいろいろ意見を言った。 ・職員とゲームやボッチャをもっとやりたい。 ・外に出たい。 ・今の仕事の他に新しい仕事をしたい。カーテンやまくらカバーたたみなど。 ・工賃をたくさんもらいたい。 ・この施設はとても良い所だと思う。	1
6	食事はおいしくない。	3
7	・風邪をひいたりしないので職員の対応はわからない。 ・こここの施設はとても良いところです。	1
8	職員は気持ちを大事にしてくれる。	1
9	「この施設はあなたにとって良いですか」の質問には、大きくうなずいて応えてくれました。	1
10	・ボール遊びをもっとしたい。 ・一人暮らしをしたい。	1
11	(Q1.具合が良くないと休むのでわからない。Q4.好きなものはない。Q11.他にいない。)	1
12	一人暮らしもしたい。	1
13	今は安心していられる。	1
14	(Q7.計画がわからない→いやな思いはしていない。)	1
15	・違った施設も見てみたい(どんなことを見たいかわからないけど見てみたい)。 ・タオル作業がんばりたい。	1
16	(Q3.いつも元気だから、具合が悪かったら見てくれると思う。)	1

福祉サービス第三者評価 職員自己評価結果 (神奈川県)

- 障害者・児福祉サービス -

小向このはな園

調査期間と回答状況

実施期間	2023年7月10日～2023年7月24日			※7月28日到着分まで集計	
職員数	18	回収数	16	回収率	88.9%

※職員数は、今回の職員自己評価実施対象者数です。

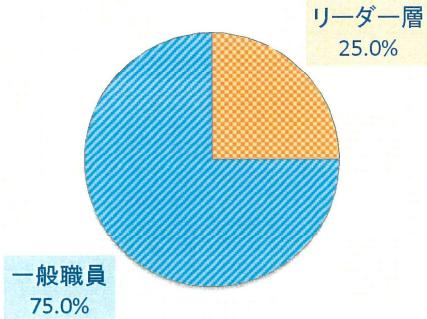
本書の構成

回答者属性について	回答者の属性を、リーダー層、一般職員に分けて集計しています。
項目別の回答数内訳表及び回答比率の比較	以下の項目について、回答数と回答比率をグラフで表示しています。 I 福祉サービスの基本方針と組織 II 組織の運営管理 III 適切な福祉サービスの実施 A 内容評価基準
職員自己評価 自由意見	以下の項目についての自由意見です。 ○貴事業所の特に良いと思う点 ○特に改善したいと思う点

■回答者属性について

(単位:人)

リーダー層	一般職員	無回答	合計
4	12	0	16
25.0%	75.0%	0.0%	100.0%



■項目別の回答数内訳表及び回答比率の比較

a:評価の着眼点が全て実施されていると思う場合

b:評価の着眼点の一部に実施されていないものがあると思う場合 n:知らない、わからない

c:評価の着眼点が一つも実施されていないと思う場合

I 福祉サービスの基本方針と組織

1 理念・基本方針

(1)理念、基本方針が確立・周知されている。

	a	b	c	n	無回答	合計
1 ①理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	10 62.5%	6 37.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%

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。	10 62.5%	5 31.3%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%
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。	7 43.8%	6 37.5%	2 12.5%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%

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。	7 43.8%	8 50.0%	1 6.3%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
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。	8 50.0%	8 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%

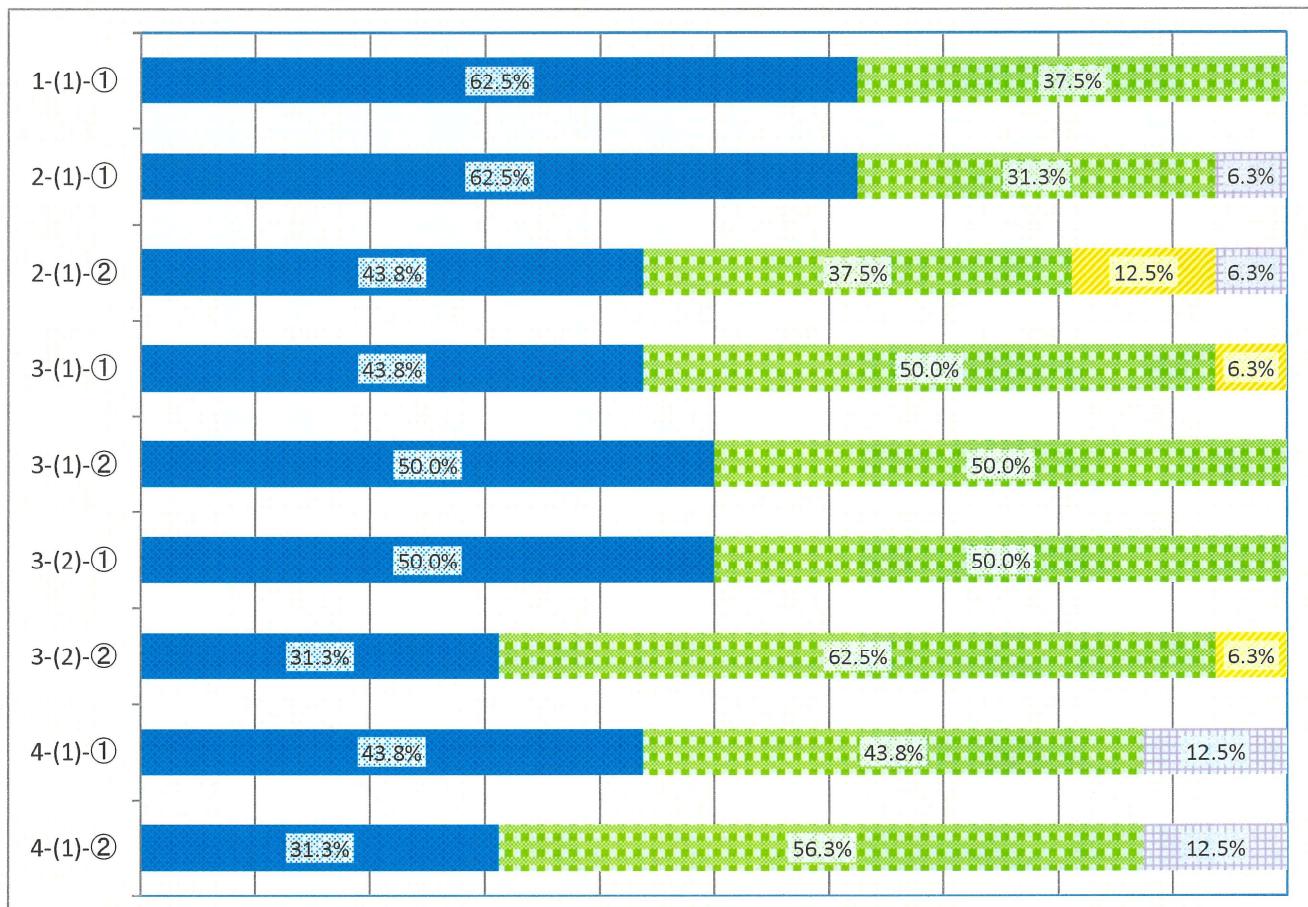
(2) 事業計画が適切に策定されている。

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。	8 50.0%	8 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
7 ②事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	5 31.3%	10 62.5%	1 6.3%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%

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。	7 43.8%	7 43.8%	0 0.0%	2 12.5%	0 0.0%	16 100.0%
9 ②評価結果にもとづき組織として取り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。	5 31.3%	9 56.3%	0 0.0%	2 12.5%	0 0.0%	16 100.0%



- █ a: 評価の着眼点が全て実施されていると思う場合 █ n: 知らない、わからない
- █ b: 評価の着眼点の一部に実施されていないものがあると思う █ 無回答
- █ c: 評価の着眼点が一つも実施されていないと思う場合

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。

	a	b	c	n	無回答	合計
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。	10 62.5%	5 31.3%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%
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。	11 68.8%	5 31.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%

(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。	10 62.5%	6 37.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
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。	9 56.3%	7 43.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%

2 福祉人材の確保・育成

(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。	4 25.0%	9 56.3%	2 12.5%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%
15 ②総合的な人事管理が行われている。	4 25.0%	7 43.8%	2 12.5%	3 18.8%	0 0.0%	16 100.0%

(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組んでいる。	5 31.3%	10 62.5%	1 6.3%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
---------------------------------------	------------	-------------	-----------	-----------	-----------	--------------

(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り組みを行っている。	8 50.0%	7 43.8%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%
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。	7 43.8%	7 43.8%	0 0.0%	2 12.5%	0 0.0%	16 100.0%
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。	8 50.0%	8 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%

(4) 実習生等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。	8 50.0%	6 37.5%	1 6.3%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%
---	------------	------------	-----------	-----------	-----------	--------------

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。	9 56.3%	6 37.5%	1 6.3%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
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。	9 56.3%	6 37.5%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%

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。

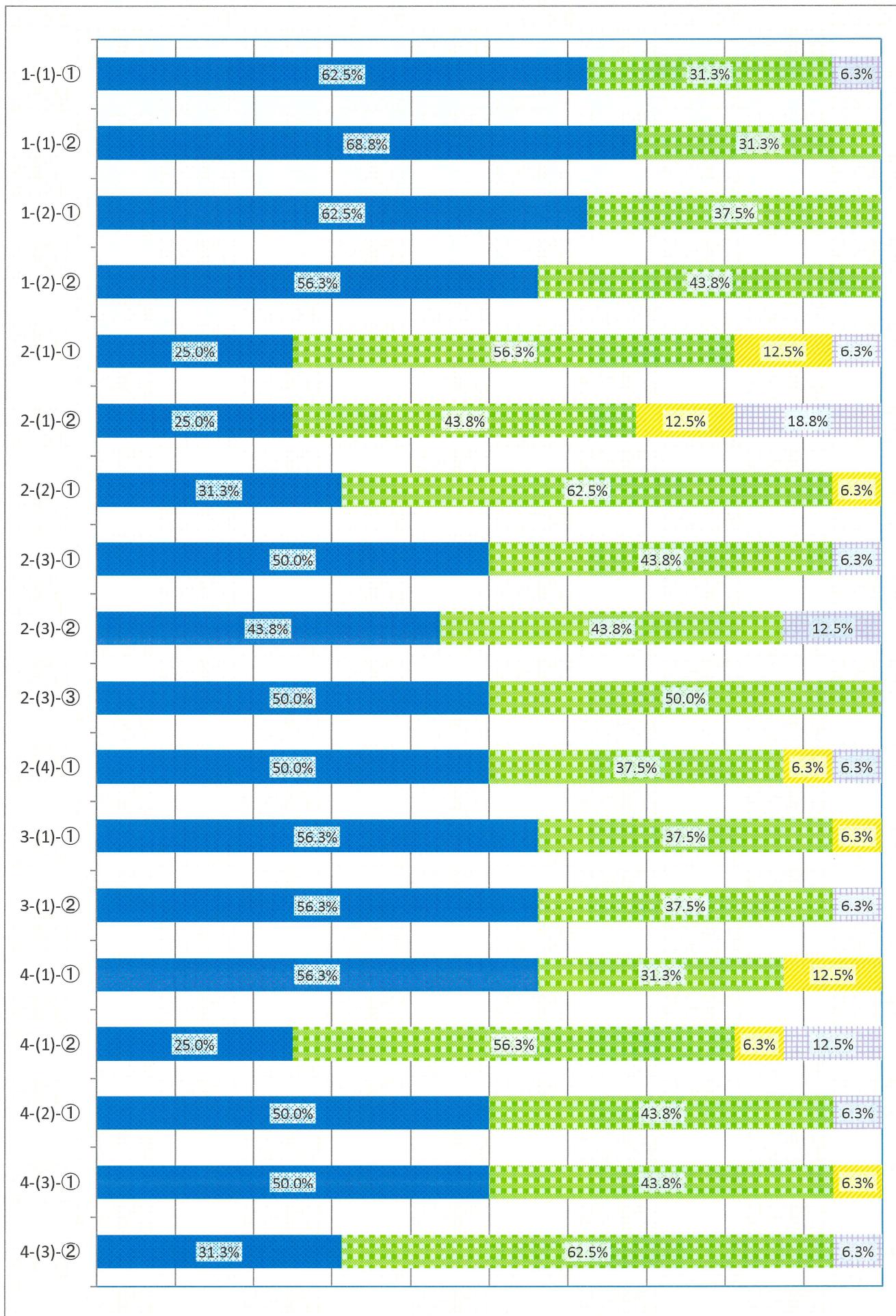
23 ①利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	9 56.3%	5 31.3%	2 12.5%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
24 ②ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	4 25.0%	9 56.3%	1 6.3%	2 12.5%	0 0.0%	16 100.0%

(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。	8 50.0%	7 43.8%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%
--	------------	------------	-----------	-----------	-----------	--------------

(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。	8 50.0%	7 43.8%	1 6.3%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
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。	5 31.3%	10 62.5%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%



█ a: 評価の着眼点が全て実施されていると思う場合
█ b: 評価の着眼点の一部に実施されていないものがあると思う
█ c: 評価の着眼点が一つも実施されていないと思う場合
█ n: 知らない、わからない
█ 無回答

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。

	a	b	c	n	無回答	合計	
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。	12 75.0%	4 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
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。	9 56.3%	6 37.5%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%

(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。	9 56.3%	6 37.5%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%
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。	8 50.0%	7 43.8%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%
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。	7 43.8%	8 50.0%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%

(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。	8 50.0%	6 37.5%	0 0.0%	2 12.5%	0 0.0%	16 100.0%
----	----------------------------------	------------	------------	-----------	------------	-----------	--------------

(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。	10 62.5%	6 37.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
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。	9 56.3%	6 37.5%	1 6.3%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
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。	8 50.0%	8 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%

(5) 安心・安全な福祉サービスの実施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。	11 68.8%	4 25.0%	1 6.3%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
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。	13 81.3%	3 18.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
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。	13 81.3%	2 12.5%	1 6.3%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%

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。

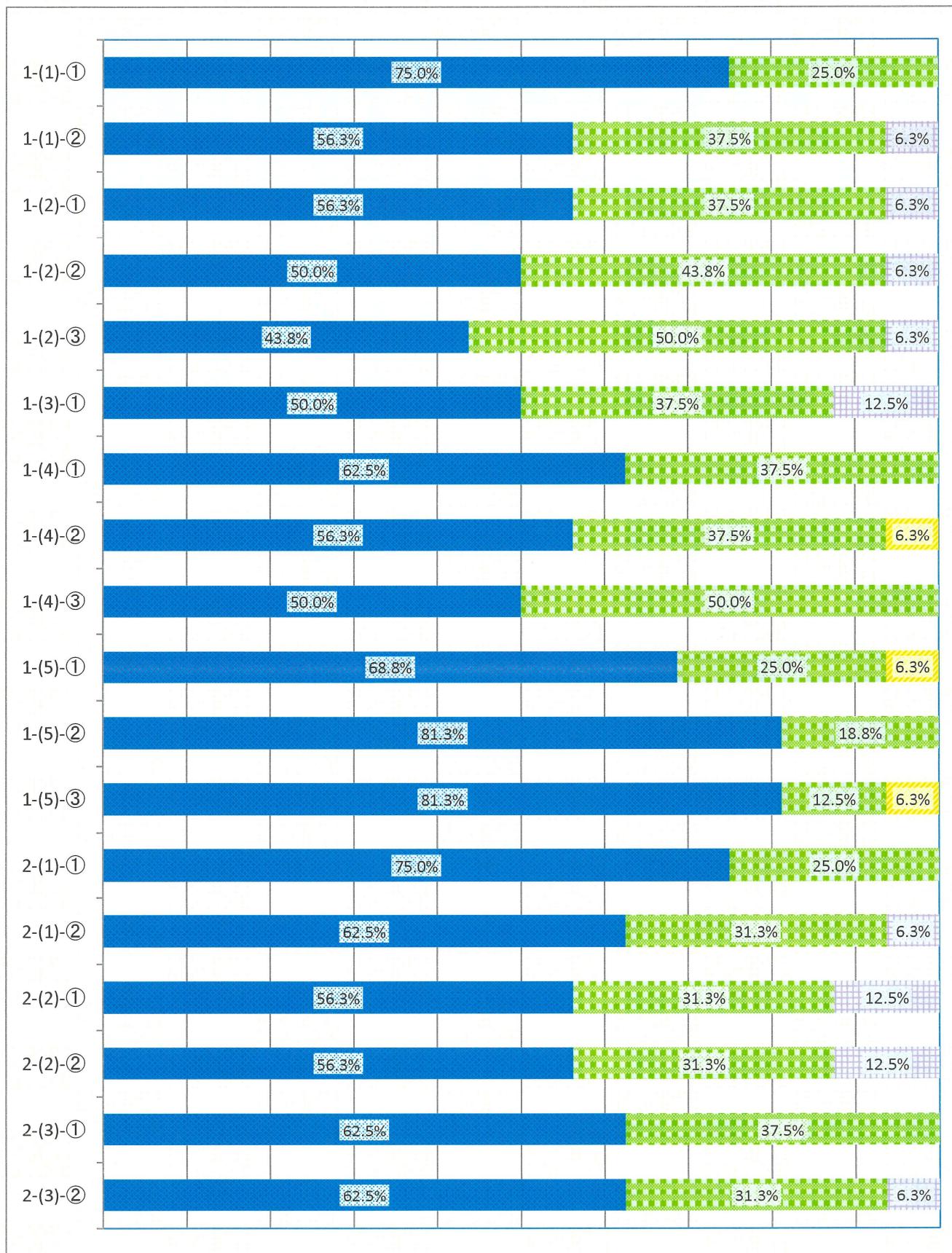
40	①提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	12 75.0%	4 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
41	②標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	10 62.5%	5 31.3%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%

(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。	9 56.3%	5 31.3%	0 0.0%	2 12.5%	0 0.0%	16 100.0%
43	②定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	9 56.3%	5 31.3%	0 0.0%	2 12.5%	0 0.0%	16 100.0%

(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。	10 62.5%	6 37.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
45	②利用者に関する記録の管理体制が確立している。	10 62.5%	5 31.3%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%



- █ a: 評価の着眼点が全て実施されていると思う場合 █ n: 知らない、わからない
- █ b: 評価の着眼点の一部に実施されていないものがあると思う █ 無回答
- █ c: 評価の着眼点が一つも実施されていないと思う場合

A-1 利用者の尊重と権利擁護

(1) 自己決定の尊重

	a	b	c	n	無回答	合計
A1 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。	9 56.3%	6 37.5%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%

(2) 権利擁護

A2 ①利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	11 68.8%	3 18.8%	1 6.3%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%

A-2 生活支援

(1) 支援の基本

A3 ①利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	9 56.3%	6 37.5%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%
A4 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。	9 56.3%	6 37.5%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%
A5 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。	7 43.8%	8 50.0%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%
A6 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。	8 50.0%	7 43.8%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%
A7 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。	10 62.5%	4 25.0%	0 0.0%	1 6.3%	1 6.3%	16 100.0%

(2) 日常的な生活支援

A8 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。	13 81.3%	2 12.5%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%

(3) 生活環境

A9 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。	11 68.8%	5 31.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%

(4) 機能訓練・生活訓練

A10 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。	7 43.8%	8 50.0%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%

(5) 健康管理・医療的な支援

A11 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 75.0%	4 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
A12 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。	11 68.8%	4 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 6.3%	16 100.0%

*A12 2-(5)-②は、医療的な支援を実施していない場合は「非該当」とすることができ、グラフが表示されません。

(6) 社会参加、学習支援

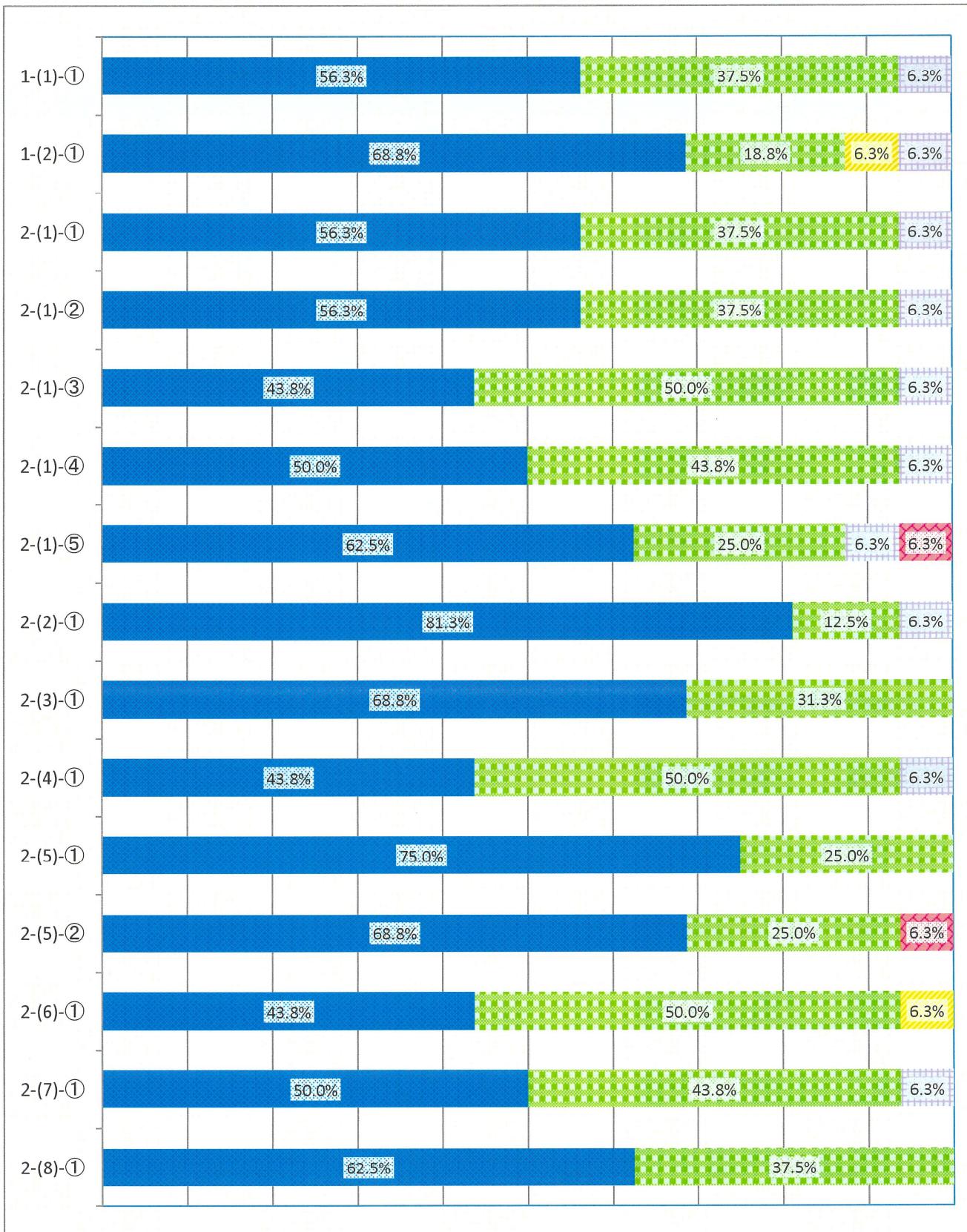
A13 ①利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	7 43.8%	8 50.0%	1 6.3%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%

(7) 地域生活の移行と地域生活の支援

A14 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。	8 50.0%	7 43.8%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%

(8) 家庭との連携・交流と家族支援

A15 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。	10 62.5%	6 37.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%



█ a: 評価の着眼点が全て実施されていると思う場合 █ n: 知らない、わからない
█ b: 評価の着眼点の一部に実施されていないものがあると思う █ 無回答
█ c: 評価の着眼点が一つも実施されていないと思う場合

■ 職員自己評価結果(コメント部分)

自由記述については、基本的に原文そのままにしていますが、読みやすさに配慮して誤字・脱字などの修正を行っています。また、個人が特定できそうな文章は削除し、主旨が伝わるように修正を加えている部分があります。

■貴事業所の特に良いと思う点、特に改善したいと思う点を、それぞれ三つ以内でご自由にお答えください

【特に良いと思う点】

1	利用者に対しての言葉遣いがとてもていねい。
2	利用者についての情報共有。
3	上司が失敗や間違いを否定せず、自ら見つめ直す方向へ導いてくれている(一人の責任や失敗ではなく誰でもおこりうる事とどうえ)。
4	上司から支援に対して積極的にチャレンジしていいと背中を押されている。
5	職員が自発的に行動している。それぞれ持つアイデアが豊富。
6	残業が少ない。
7	どんなことでも気軽に相談できる。
8	虐待防止対策の一環で、"ニコリホット"を取り入れている。
9	職員間で情報共有が活発に行なうことができる。
10	支援方法について職員間で積極的に意見交換をしている。
11	利用者の障害特性に合わせた環境整備に各職員が意欲的である。
12	トップダウン。
13	利用者へ意思決定の場面を多く作っている。
14	苦情発生時の対応。
15	働きやすい環境づくり、声掛けをしてくれている(特に雰囲気)。
16	ミスが起きてもそれを責めるのではなく、次への改善としてすぐに切り替えてくれる。
17	発言のしやすい環境。
18	何かある時は職員間で共有する。
19	個別支援会議、全職員会議などで組織的に共通認識を図って支援、業務を行っている。
20	他職種で情報共有、連携が取ることができ、協力体制が整っている。
21	館内外の清掃が行き届いている。
22	個々に応じた環境の整備。
23	協力的な職員が多く、支援を具体化しやすい。
24	強度行動障害支援にあたり、国で統一された内容の専門的な研修を受講した5名の職員を中心に、専門的な支援を行っている。
25	職員個人の知識を、全体会議等で教え合い、質の良い支援につなげるよう努めている。

【特に改善したいと思う点】

1	職員の休憩時間が少ないため、気持ちの切り替えが難しい日もある。
2	運営に関する情報を利用者にさらにわかりやすく伝えるべき。
3	自分の抱えている仕事を終わらせるために休憩時間を使っている。また、時間内に終わらせるのは難しい。

4	施設のお祭りをなぜ土曜日にやるのか？正直行きたくない。平日にやって欲しい。
5	利用者との距離感。長くいる職員ほど近い感じがする。
6	業務量が多く、職員のゆとりを生み出せるようにしていくと良いと思う。
7	人材確保。
8	一人の人に仕事が偏らないように配慮するべき。
9	経営層に気に入られないと昇格が難しい。
10	職員が不満に感じる事への改善を行い、人材として定着していけるようにしたい。
11	トップダウン。
12	人手不足。
13	運転免許証資格を持っているが運転されない人が多くいるため、運転する人の負担が大きい。また送迎は手当があるが、送迎以外の車輛外出や納受品は手当がありません。(法人全体のことです。)
14	より研修に参加しやすいように、業務を効率的に行うようにしていくと良いと思う。
15	OA化が進んでいるが、マニュアルがなく、曖昧な使用のまま進んでいるのに疑問を感じる。(法人に一考をお願いしたい。)
16	各マニュアルの周知徹底。

福祉サービス第三者評価結果報告書

受審施設	小向このはな園
所在地	〒212-0002 神奈川県川崎市幸区小向仲野町3-1
TEL	044-555-8430
施設長	施設長 神崎 達也
評価者氏名	大埜嵩
	田中陽子
	寺田道子

株式会社 学研データサービス
(福祉サービス第三者評価機関)

〒141-0031 東京都品川区西五反田2-11-8
TEL03-5436-8191 FAX03-5487-8810

●評価機関認証

東京都福祉サービス第三者評価機関認証
埼玉県福祉サービス第三者評価機関認証
千葉県福祉サービス第三者評価機関認証
神奈川県福祉サービス第三者評価機関認証
社会的養護関係施設第三者評価機関認証

