

第三者評価結果

事業所名： 小向このはな園

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。	第三者評価結果
【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
<p><コメント></p> <p>「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。</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。	第三者評価結果
【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
<p><コメント></p> <p>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。</p>	
【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
<p><コメント></p> <p>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。</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。	第三者評価結果
【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
<p><コメント></p> <p>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。</p>	

<p>【5】 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。</p>	a
<p><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示支援、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を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。</p>	
<p>(2) 事業計画が適切に策定されている。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><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。</p>	
<p>【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。</p>	b
<p><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。</p>	

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

<p>(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。</p>	第三者評価結果
<p>【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。</p>	a
<p><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ように改善しました。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><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。</p>	

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。	第三者評価結果
【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
<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。	
【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
<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、ハラスメント)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。	
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
【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
<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。	
【13】 II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<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。	

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。	第三者評価結果
【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
<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。	

<p>【15】 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>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。</p>	
<p>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>	
<p>【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り組んでいる。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>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。</p>	
<p>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>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。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>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。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>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に関心分野や課題、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。</p>	
<p>(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。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>実習生のしおりに、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。</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。	第三者評価結果
【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
<p><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。</p>	
【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
<p><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。</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。	第三者評価結果
【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
<p><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。</p>	
【24】 II-4-(1)-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
<p><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。</p>	
(2) 関係機関との連携が確保されている。	
【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
<p><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参加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。</p>	

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

【26】 Ⅱ-4-(3)-① 福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
--	---

<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。

【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
---	---

<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。地域の公益的な事業・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。

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。	第三者評価結果
【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

<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。

【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
---	---

<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掲載し、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。

(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】 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。	a

<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より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。

<p>【31】 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。</p>	a
<p><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が見てわかるように、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。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><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。</p>	
<p>(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>	
<p>【33】 Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。</p>	a
<p><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。</p>	
<p>(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><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。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p><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、さまざまな問いかけや選択肢を提示し、「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。</p>	
<p>【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。</p>	b
<p><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まれます。まず受け止める手順や方法等を確認しその中から苦情につなげるものや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。</p>	

(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】 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。	b
<p><コメント></p> <p>「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。</p>	
【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
<p><コメント></p> <p>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。</p>	
【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
<p><コメント></p> <p>「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。</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。	第三者評価結果
【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
<p><コメント></p> <p>「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。</p>	
【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。	a
<p><コメント></p> <p>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。</p>	
(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】 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
<p><コメント></p> <p>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。</p>	

<p>【43】 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。</p>	<p>a</p>
<p><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随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。</p>	
<p>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>	
<p>【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。</p>	<p>a</p>
<p><コメント> 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>	
<p>【45】 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。</p>	<p>a</p>
<p><コメント> 「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>	