

---

あかしあ園

令和4（2022）年度  
福祉サービス第三者評価結果報告書

---

1. 評価結果（公表対象）
2. 評価結果参考資料（非公表）



# 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： あかしあ園	種別： 障害者・児福祉サービス
代表者氏名： 施設長 鈴木 謙之	定員（利用人数）： 40（40）名
所在地： 213-0034 神奈川県川崎市高津区上作延938-1	
TEL： 044-854-6644	ホームページ： <a href="http://www.ikuoufukushi.takatsu.kawasaki.jp/">http://www.ikuoufukushi.takatsu.kawasaki.jp/</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 1993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： 19名 非常勤職員： 3名
専門職員	社会福祉士 2名
	精神保健福祉士 1名
	看護師 1名
	栄養士 1名
施設・設備の概要	居室の状況 1階フロア（活動スペース） トイレ （男1 女1 身障用トイレ1） 更衣室（男1 女1） 事務室、相談室、休憩室、静養室 2階フロア（活動スペース） トイレ（男1 女1）
	施設の状況(設備等) 鉄筋コンクリート2階建て(築29年) 食堂(2階) 屋外プール(2階)

### 理念・基本方針

<p>〈理念〉 ～心の風景を自由に表現できるキャンパスの創造をめざして～ ・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、その喜怒哀楽を地涌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。</p> <p>〈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。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1、利用者の権利擁護と自立支援の推進 利用者の尊厳を守り、その人権を擁護するとともに、利用者の意思を尊重し、その人らしい生活の実現できるよう福祉サービスを提供します。</li> <li>2、安心・安全に配慮し、事故防止に努め、利用者が快適に利用できるよう環境整備を図り、安心・安全な福祉サービスを提供します。</li> <li>3、人材育成によるサービスの質の向上 職員の人材育成を進め、高い専門性を確保し、より良質な福祉サービスを提供します。</li> <li>4、地域との共生 共に支えあい、共に生きる社会の実現に向け、地域との交流・連携を深めるとともに、その一員として社会貢献を果たします。</li> <li>5、活力ある法人経営 経営基盤を強化し、構成で透明性のある活力あふれる法人経営をめざします。</li> </ol>
---

## 施設・事業所の特徴的な取組

あかしあ園には重度知的障害で、さらに自閉スペクトラム症(ASD)をあわせ持つ利用者が多く在籍しています。職員は「思い」に加えて、そういった状態にある利用者の支援を専門的に展開していきけるよう「知識」や「技術」の向上を目指しています。そのために、事業所として自主的に自閉症スペクトラム症の障害特性への理解を深めるための研修を企画・実施したり、専門研修修了者が中心となって個々の支援が実践的に展開されるよう個別の支援手順を作成するなどしています。それにより、特定の職員が特定の利用者の支援を行うのではなく、だれもがかかわっていくことができるようになってきています。それは利用者にとっても安心できるものであり、日中活動を安定的に行っていくうえで重要な要素となっています。

サービス管理責任者が中心となり利用者のケアマネジメントを展開しています。利用者が相談支援専門員とつながっていくための働きかけや、つなぎを行うだけでなく、面談機会には支援関係者にも声をかけ、ともに話し合い、アイデアを出し合い、利用者及び家族が安心できるよう心がけています。その取り組みを継続してきたこともあり、利用者40名中、相談支援専門員がついている利用者は37名、グループホームを利用している利用者が40名中23名となり、家族が抱え込まなくても地域の中で安心して暮らしを営んでいけるようになりました。

## 第三者評価の受審状況

評価実施期間	(契約日) 2022年6月13日 ~ (評価結果確定日) 2023年1月6日
受審回数(前回の受審時期)	1回(2014年度)

## 総評

### ◇特長や今後期待される点

#### ◆職員は、重度障害者への専門性を生かしたていねいな支援に努めています

強度行動障害の状態にある方や、強度行動障害の状態に陥りやすいとされる重度知的障害をあわせもつ自閉スペクトラム症の方を多く受け入れています。職員は、行動障害の状況を記録し、なぜその行動に至ったのか、本人が困っていることは何かを把握し、行動障害がおきてしまう背景の理解に努めています。障害特性に応じた支援手順書を整備し、個々の支援場面に応じた支援者の動きや留意すべきことを全職員で共有し、支援の統一性を図っています。また、自閉スペクトラム症特性アセスメントシートや冰山モデルシートを用いて利用者支援のニーズを把握し、専門性を生かした支援に努めています。重度障害者支援の地域ニーズの高まりの中で、当事業所のていねいな利用者支援の地域の理解が深まっています。

#### ◆職員は、重度障害者への意思決定支援に力を入れています

職員は、障害程度にかかわらず、どのような支援があれば利用者が安心感のある中でさまざまなチャレンジができるかを考え支援しています。活動や参加の状況、周囲の環境など広い視点から本人を理解し、支援につなげています。職員は利用者が困っていることに対してどうすればできるのかをいっしょに考え、利用者の自立を妨げないよう心掛けています。利用者は経験していないことを選択することへの抵抗感があります。意思決定支援については可能な限り体験して知る機会を提供します。利用者の自治会では職員が重度障害者の表情などから本人の思いを代弁し利用者の言葉を補います。利用者は自分なりの表現で自分の意思を伝える経験を重ねています。

### 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を実施する過程の中で、事業所の現状を客観的に見つめることができました。第三者評価機関からフィードバックされる内容だけでなく、管理者として自覚した充足点と不足点も踏まえ、総合的な取り組みにつなげていきたいと思いをします。

## 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。		施設の自己 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。	b	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】			
<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、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ています。基本理念及びその実践に向けた基本方針をホームページに掲載し、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、年度初めの職員会議で全職員に周知しています。また、事業計画を利用者・家族に配付し、毎月開催する家族会議で理念に基づいた支援についてわかりやすく説明し、理念の周知に努めています。</p>			
【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。		施設の自己 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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
川崎市地域包括ケアシステムの推進等地域行政の福祉施策の動向の把握に努めています。法人の管理職全体会議では、法人全体の事業経営を取り巻く環境の変化や事業運営の課題を分析し、法人の中期計画等に反映して利用者・家族の高齢化等に関する事業所ごとの課題等を明確にしています。施設長は法人の管理者会議に出席し、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の変化等の動向を把握しコスト分析を行い、福祉サービス向上による利用率の向上につなげています。			
【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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
毎月開催する法人の経営企画会議や隔月開催の管理職全体会議では、法人運営及び経営等に関する情報の共有を図り、具体的な課題や問題点を明らかにしています。法人を取り巻く環境の変化に応じ中期計画の見直しを行い、課題対策の具体化を図り、法人の事業計画に反映しています。施設長は法人の管理職全体会議に出席し、事業経営に関する課題を把握して、職員会議で職員に周知しています。令和4年度は中期計画の課題対策として日中活動の充実を図り、自閉スペクトラム症や強度行動障害支援の専門性の強化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。		施設の自己 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】			
<p>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、障害者一人ひとりの意思、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。川崎市の障害者計画及び障害福祉計画の動向など事業環境の変化の状況に応じ、中期計画の見直しを毎年実施し課題を明確にしています。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、法人の安定した経営の分類ごとに課題を詳細に明記しています。</p>			
【非公表コメント】			

共通 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。	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】			
<p>法人の中期計画を基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運営重点項目を明記しています。令和4年度の運営重点項目には、日中活動プログラムの充実、利用者支援の質の向上につながる人材育成等の項目を掲げています。中期計画の日中活動サービスにおける障害状況に応じた支援の充実の課題対策を踏まえ、強度行動障害の状態にある利用者支援の専門性の強化等の対策を事業計画に明記して対策を講じています。</p>			
【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。		施設の自己 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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
事業計画は、全職員が参加し12月末に事業計画の達成度を評価し、1月に次年度事業計画の原案を作成し、3月に法人の理事会に報告し確定します。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、生活支援や作業支援プログラム担当、食事支援や虐待防止委員会等の各分掌ごとに役割を分担し、事業計画の推進に向けた分掌計画を作成しています。分掌計画の達成状況を半期ごとに評価し課題を明確にして職員会議で周知を図っています。			
【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	a
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。毎月開催の家族会では、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、事業計画の趣旨に沿って説明しています。また、コロナ対策や施設運営の状況やスケジュール、季節行事の実施内容などを過去の行事の利用者の写真などを使ってわかりやすくまとめて「あかしあ園運営報告」を作成し、毎回家族会に配付しています。外出等施設の各種イベントに利用者の参加を促すなど事業計画の実施内容の理解に努めています。			
【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。		施設の自己 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PDCA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】			
内部自主点検、利用者満足度調査及び第三者評価を定期的実施し、課題を分析し利用者サービスの向上に努めています。昨年度は法人主催で内部自主点検を実施しています。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、緊急時対応、適切なアセスメント、個別支援計画に沿った支援など評価項目を設定し、全部で50項目に及びます。評価結果を分析し課題を定め、事業計画に反映しています。			
【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。	b	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】			
内部自主点検や利用者満足度調査及び権利擁護に関する職員の自己調査の結果に基づく課題を文書化し、サービス向上の対策に取り組んでいます。利用者満足度評価では、利用者支援の現場における職員の「強い口調の問題」の指摘や、利用者が安心して居る時の表情には利用者個々に違いがあり、職員の思い込みによる判断に注意が必要であるなどの課題の指摘がありました。この結果を受けて、職員会議で利用者への接遇のあり方について意識を共有し、職員の言葉づかいの改善を図っています。			
【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。		施設の自己 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。	b	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。	○	○
	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。		○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>法人の理念・基本方針をもとに事業計画を作成し、運営方針及び運営重点項目を示しています。利用者が生き生きと安心して暮らせる地域社会とのつながりを意識した日中活動の場の提供を明示しています。「あかしあ園運営報告」を配付して、年度初めに施設長としての考えと支援体制を紹介しています。職務分掌を作成し、各会議や委員会等の役割・担当者を明示し職員に周知しています。「新型コロナウイルス感染症発生時対応事業継続計画(BCP)」を作成し、管理者不在時の代替意思決定者への委任を明確にしており、他面でも同様の責任体制を共有しています。</p>			
【非公表コメント】			
<p>職務分掌に会議や委員会の機能や役割分担を明示していますが、組織内の位置づけが明確に記述されていません。組織図を明示することで会議や委員会の位置づけ、組織の構造が見えやすく、職員が自分の立ち位置を把握しやすくなります。責任の配置や施設長不在時の権限委任等についても明示し、現在の職務分掌と合わせて活用する事をお勧めします。</p>			

Ⅱ-1-(1)-②		b	a
共通 11	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	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。	○	○
	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。	○	○
	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。		○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>事業計画では、運営方針の第一に社会福祉法や障害者総合支援法などの関係法令等を遵守する旨を挙げて、法人の定めた「基本理念」「基本方針」「職員行動指針」及び諸規定を基に事業運営に取り組んでいます。法人の入職時研修では、法令遵守の理解について周知し、管理職研修や法人本部の管理職会議等で法令の改定等に関する情報共有を図っています。雇用・労働面、環境への配慮、コスト削減についても法人と連携して取り組み、職員には会議や朝夕の打ち合わせ等で日ごろの支援や事務業務と法令を関連付けて説明しています。</p>			
【非公表コメント】			
<p>地域生活をしている利用者であり、消費者保護等幅広い法令の知識などにも目を向けて、利用者を擁護する立場として職員が知識を深められるような資料の準備も期待されます。</p>			



Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		施設の自己 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。	b	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
毎月のチーフ会議では、利用者支援の個々の課題をテーマに挙げて議論しています。チーフ会議は施設長補佐・サービス管理責任者・各班チーフが出席し、利用者支援の懸案事項やヒヤリハット、各分掌の会議から浮かび上がった課題や職員の取り組みの状況・意欲など事業所全般のサービス品質の向上について話し合っています。会議を効率よく進行するために、テーマごとに資料を準備し、より具体的で組織的な取り組みを推進しています。施設長は改善策等の実施状況を日々のミーティングで説明し、職員のモチベーションの向上に向けて注意を喚起しています。			
【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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。		○
【第三者評価結果についてのコメント】			
施設長は毎月法人の管理職会議等で法人運営の状況や他事業所の状況を把握し、施設運営の課題対策に取り組んでいます。利用者の特性に配慮して班編成を行い、利用者に安心・安全なサービスを提供できるよう人員配置や環境整備を行っています。利用者数や支援区分の状況に配慮し、現状で最も適切なサービス提供につながるよう職員配置に配慮しています。会議の業務時間内終了や残業のない職場環境など適切な時間配分を心掛け、小さい子どもがいる職員が多いこと等に配慮して、職員の働きやすい職場環境づくりを旨としています。			
【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。		施設の自己 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】			
法人本部が中心となって職員採用等の人材確保を行っています。法人の人事基準に則り、事業運営に必要な人材確保や職員の資格取得に努めています。人材育成方針を整備し、職員像や研修内容について明示しています。人材育成方針に基づき入職時から中堅職員までの年次研修を実施し、職種別では看護職員会議や栄養士会議、事務員会議、サービス管理責任者会議等により利用者支援の専門性の強化に努めています。また、強度行動障害等支援の専門性の強化を図り、個々の障害特性に応じた支援のスキルアップを図っています。			
【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。	○	○
	職員処遇の水準について、処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ている。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
職員行動指針や人材育成方針に期待される職員像を明示しています。また、法人の人事考課表を整備し、人事考課の着眼点を明示して業務遂行能力や実績、社会性等の評価基準を定めています。人事考課表を基に職員が自己評価を行い、管理者の面接評価を実施し人事管理に反映しています。また、職員の目標管理制度を実施しています。組織目標を明示し、目標達成に向けた個々の職員の実施目標を定めて目標管理シートを作成します。管理者が定期的に職員に面談し、職員の目標達成に向けた能力向上を図り、目標達成の成果を職員の実績評価等に生かしています。			
【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。		施設の自己 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り組んでいる。	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>年2回の施設長と職員の個人面談では、職員の意向や状況を把握し、異動希望等職員の意向調査の制度を活用し適切な職員配置に努めています。法人本部と連携して労務管理、就業状況の把握に努め、職員の働きやすい職場環境の整備に取り組んでいます。毎年定期的にストレスチェックを実施し、産業医の相談体制を整備しています。また、法人本部にも相談窓口を設け、法人の衛生委員会が主体となり職員のメンタルヘルスに配慮する取り組みを行っています。育児休業・介護休業・短時間勤務等の制度を導入し、職員の働きやすい職場作りを旨としています。</p>			
【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。		施設の自己 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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>目標管理制度の実施では、法人全体の組織目標を基に事業所での組織目標を作成し、職員はその目標の達成に向けた個人目標を設定し「業務目標自主管理シート」を作成します。4月に管理者と職員が面談を通して、目標達成に必要な専門性の向上などに配慮し目標の共有を図ります。12月の中間面談では目標の達成度合いだけでなく、取り組みの過程で獲得できた力を評価し、さらなるモチベーションの向上につなげています。施設長・施設長補佐は個々の目標を把握して、日々の業務中に目標とのつながりを示唆し、個々の職員の目標の達成を支援しています。</p>			
【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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	定期的に計画の評価と見直しを行っている。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>人材育成方針を策定して法人として期待する職員像を明示し、必要とする研修を体系化しています。法人が主催する年次研修では、入職時や1年目では法人の理解と支援者の基礎知識、2年目では法人の事業展開と福祉の仕組みや制度、3年目では障害ケアマネジメント等の研修内容を実施し、あわせて日々の業務の中でもOJTを通じて育成に取り組んでいます。法人の研修委員会では、年次研修のカリキュラムの見直しを図っています。事業所では現在、人権尊重や自閉スペクトラム症の障害特性の理解、感染症対策等の専門性の向上を重点課題として取り組んでいます。</p>			
【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。	b	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、参加を勧奨している。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
職員個々の取得資格や目ざす将来像を聞き取り、目ざしたい資格取得や目標課題につながる研修を受講できるようにしています。法人での研修や川崎市や社会福祉協議会等が主催する外部研修への参加を積極的に取り入れています。事業所内研修として、強度行動障害の状況に応じた適切な対応について、全職員を対象に研修を実施しています。また、利用者との面談や関係機関とのカンファレンスに担当者も同席し、保護者の気持ちや生活全体を把握したりなど、OJTによる現場支援の専門性の向上を図っています。			
【非公表コメント】			

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。		施設の自己 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。	b	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。		○
	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。	○	○
	専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。	○	○
	指導者に対する研修を実施している。		○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
実習生受け入れマニュアルを作成し、実習生の受け入れの際には利用者の障害特性について説明し、個々の障害特性の理解につながる機会となるようにしています。担当職員が学校側と調整し、実習前オリエンテーションで実習生の学習目標等の把握に努め、実習ノートに記録し成果のフィードバックなど行っています。現場では他職員も積極的にかかわり、実習生の目標に合わせて必要な説明を行っています。実習ノートの確認を通して障害者の社会的障壁(バリア)についての支援等をアドバイスし、実習生の障害者への理解を深めています。			
【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。		施設の自己 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に努めている。	○	○
	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、法人の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、事業所の広報誌「あかしあ」を年2回、「あかしあ新聞」を年4回利用者・家族及び地域の関係機関に配付し、利用者支援の情報の開示に努めています。			
【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。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3年度の監事監査の結果が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。		施設の自己 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。	b	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。	○	○
	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。	○	○
	利用者の個別的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。	○	○
	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。		○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>利用者が一人の市民として地域社会との良好な関係を築けるように、事業所としての地域とのかわり方についての考えを事業計画に明記しています。地域の夏祭り等に積極的に参加し、町内会の掲示板を活用し「あかしあ園わいわい祭り」など施設の行事への参加を呼びかけています。地域の小学生の町探検の施設訪問に協力し、また、地域の公園の清掃に利用者が積極的に参加するなど地域住民との交流を図っています。近隣のコンビニエンスストアや喫茶店に協力してもらい、障害のある利用者が気軽に地域住民の一人として利用できるように支援しています。</p>			
【非公表コメント】			
共通 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	b
	ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。	○	○
	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。	○	○
	ボランティア受入れについて、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。	○	
	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。		
	学校教育への協力を行っている。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>地域交流を図り近隣地域からのボランティアを大切にすること等の基本姿勢を事業計画に明記しています。現在、園芸と書道、ヨガインストラクターの3名のボランティアが定期的に施設を訪問しています。また、学校や社会福祉協議会を通じてボランティア体験に協力していますが、ボランティアの活用は必ずしも十分とは言えない状況です。地域のボランティアの拡大を図ることで、障害者施設への地域住民の理解がより深まります。受け入れマニュアルを整備し、地域福祉への地域住民の関心の強化につながるボランティアの育成を図り、今後のボランティア対策のいっそうの強化が期待されます。</p>			
【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。		施設の自己 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。	b	b
	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。		
	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。	○	○
	関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。	○	○
	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。		
	地域に適切な関係機関・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。	○	○
【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て関係機関との連携に努めています。地域に利用者支援の機関がない場合は、利用者・家族の要望に応じ、通院支援等のオプションサービスを実施しています。重度障害のある利用者一人ひとりの障害特性に対応できる地域の関係機関のリスト化や、緊急時対応の資料整備は今後の課題です。障害者相談支援センター、区の福祉事務所、ケースワーカー、病院等関係機関との連携のもとに個々の利用者の障害特性に応じた地域連携の支援のいっそうの強化が期待されます。			
【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。		施設の自己 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が主催する「川崎市手をつなぐフェスティバル」等のイベントへの参加を通して、施設に求められる地域支援のニーズの把握に努めています。また、重度知的障害のある方の日中活動支援事業所として相談を受けることがあり、当事業所の利用への期待が高まっていることがうかがえます。重度の障害者への専門的支援の必要性が求められており、事業所の支援ニーズとして対策を講じています。			
【非公表コメント】			

Ⅱ-4-(3)-②		b	a
共通 27	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。	b	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、ホームレスなど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親子施設見学(体験)会を開催し地域の福祉ニーズに対応し、施設の利用者が近隣の公園の清掃作業を行うなど地域への公益的な支援を実施しています。			
【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。		施設の自己 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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
基本方針の一つに利用者の権利擁護と自立支援の推進を掲げています。事業計画においても職員行動指針及び諸規定等に基づき、利用者の自己決定と選択を尊重し、権利擁護を実現することを明記し、年度初めの職員会議で周知しています。また、利用者支援標準マニュアルに加えて、個々の利用者の障害特性に配慮し、利用者の意思決定を尊重した支援手順書を作成し、支援の統一化を図っています。職員はマニュアル作成・見直しの過程で人権への配慮について振り返り、毎年定期的には人権擁護に関するセルフチェックを行い注意を喚起しています。			
【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。	○	○
	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。	○	○
	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るよう設備等の工夫を行っている。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
契約更新時に個人情報使用や広報誌掲載について利用者の意向を確認し同意書をもらっています。広報誌を作成し、行事や活動風景の様子を文や写真で伝えたり、創作活動の作品等を紹介したりしています。写真などの使用にあたっては、そのつど利用者の了解を得ています。マニュアルにはサービス提供の場面ごとに個々の利用者のプライバシーに配慮し具体的な手順を明示しています。排泄・食事・不調時の対応など日常支援の情報共有を図り、職員間の支援の統一性に努めています。事務所での利用者に関する電話の声が外に漏れることがないように配慮し、プライバシー侵害の防止に努めています。			
【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		施設の自己 評価結果	第三者 評価結果
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。	a	a
	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、個別に丁寧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】			
施設情報はホームページ、パンフレット、広報誌あかしあ新聞などで施設利用を希望する人たちに伝えています。ホームページは法人が中心となり見やすいこと、必要な情報にアクセスしやすいことなどに配慮しています。パンフレットは写真等で施設での生活がイメージしやすいように工夫しています。あかしあ新聞を年4回発行し、地域の掲示板にも掲示し施設の理解につなげています。見学や体験入所を随時受け入れており、特別支援学校・養護学校(高等部2年生)の夏休み親子施設見学(体験)会は、進路先選択の情報提供になっています。			
【非公表コメント】			

共通 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。	a	a
	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。	○	○
	サービス開始・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】			
サービスの利用開始にあたっては見学や体験利用を勧め、利用者が施設利用のイメージを持ち、やってみようという意思を持てるように支援しています。契約面談では、体験利用などについて利用者本人にとってイメージしやすいように写真などを活用しながら説明し、利用者本人の意思を確認しています。言語では難しくても、うなずきが見られる事や拒否の態度がない事を保護者等とも確認し、施設を利用することへの不安がないことを、利用者本人に確認し契約に進みます。保護者や関係者と現時点で最良と思われる支援を協議し、まず1週間のプランから開始し、イメージを共有して支援の見直しを図っています。			
【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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
新しいサービスへの移行にあたっては事前に担当者会議を開催し、利用者・保護者・支援関係機関と話し合いを重ねています。必要に応じて見学や実習に職員が同行し、利用者を理解してもらうサポートをしています。職員が同行することで利用者と新たな支援者をつなげ、安心できるようにしています。移行後も慣れるまで状況把握と支援方法の伝達を積極的に協力しています。利用者や保護者には移行後も相談ができる事を伝え、馴染みの職員が対応することで利用者が安心できるように配慮しています。			
【非公表コメント】			

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		施設の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 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。	b	a
	利用者満足に関する調査が定期的に行われている。	○	○
	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。		○
	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。	○	○
	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・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。		○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
法人で利用者満足度調査を定期的実施しています。2020年の調査では筋力強化・維持の必要性についての指摘があり、改善プログラムを実施しました。朝の打ち合わせ時にラジオ体操やスクワットを実施し、近くの公園へ清掃活動に行くことや積極的に散歩に行く事等を挙げ、個別支援計画に取り入れました。これらは利用者の意欲につながる働きかけで、動く事(歩く・移動する)への抵抗感が減っています。施設長補佐が担当となり、個別支援計画のモニタリング等で満足度を聞き取り、自治会での行事等の振り返りの中で利用者の反応を把握しています。			
【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。		施設の自己 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	b
	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。	○	○
	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。	○	○
	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やすい工夫を行っている。		○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。		
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>苦情解決の仕組みについてはポスター掲示や契約時の書類で伝えていきます。事業所には受付担当者・苦情解決責任者を置き、些細な相談や要望もていねいに受け付けています。申し出者には速やかに連絡し、改善への見通しを説明します。保護者等とは話しやすい関係作りに努め、口頭で申し出を聞き取り、改善結果等は口頭や連絡帳で伝えていきます。また、法人本部や川崎市障害者福祉施設事業協会、かながわ福祉サービス運営適正化委員会の相談窓口を紹介しています。苦情解決状況については利用者・家族に不利にならない配慮をしたうえで広報誌等での開示が望まれます。</p>			
【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。	b	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。		○
	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。		○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>契約時には、だれにでも相談できることを伝え、毎月の家族会でも意見をうかがう旨を伝えています。重要事項説明書に、苦情や相談について事業所や法人の窓口以外に第三者委員、川崎市窓口、運営適正化委員会等複数の方法や相手を自由に選べることを明記し、契約時に利用者・家族に配付し周知しています。利用者が相談をしたいと発言するときもありますが、行動や表情から困っている様子を見て職員から誘いかけるときもあります。利用者が安心して話せるように、相談室や希望する場所で聞き取っています。</p>			
【非公表コメント】			

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。	b	b
	職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。	○	○
	意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。	○	○
	相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。		
	職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。	○	○
	意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	○	○
	対応マニュアル等の定期的な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】			
職員は利用者の声を傾聴し思いを聞き取り、記録システムを活用して職員間の情報共有を図っています。利用者にはコミュニケーションの苦手な人もいますが、職員は利用者のつぶやきなどもキャッチして利用者の不満や困り事を把握し、適切な支援につなげています。苦情対応については法人統一のマニュアルを整備していますが、自閉傾向の強い利用者や重度障害の利用者特性に配慮した相談支援マニュアルの作成が期待されます。コミュニケーションの苦手な利用者が相談しやすい雰囲気づくりのいっそうの工夫が望まれます。			
【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。		施設の自己評価結果	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	a
	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】			
危機管理(リスクマネジメント)委員会を設置し、毎月1回施設長が委員会を開催し、防災、防犯、事故防止・ヒヤリハット等の事業所の安全対策を実施しています。「危機対応マニュアル」を作成し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とは何かを明示し、緊急時の対応について明確にしています。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。事故やヒヤリハットの内容を毎月の職員会議で全職員に周知し、事故の再発防止に努めています。			
【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。	b	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保健衛生や感染症予防に関する対策を実施しています。HACCP(ハサップ食品衛生管理手法)を取り入れた衛生管理を実施しています。また、「あかしあ園感染症マニュアル」を作成し、感染症の予防と罹患時の対策を明記し職員に周知しています。「新型コロナウイルス感染症発生時対応事業継続計画(BCP)」を整備し、緊急時の優先すべき業務の選択や関係機関への連絡等の対策を明記しています。毎年定期的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、汚物処理など職員に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。	b	b
	災害時の対応体制が決められている。	○	○
	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。	○	
	利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。	○	○
	食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。	○	○
	防災計画等を整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。		○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>危機管理(リスクマネジメント)委員会を設置し、毎月の委員会に施設長が参加して、火災や地震等の災害発生時の対応に取り組んでいます。防災訓練実施計画を作成し毎月避難訓練を実施し、年1回は地域の消防署の立ち合いを要請し訓練の状況について評価してもらいます。大規模地震発生時対応マニュアルを作成し、利用者・職員の安否確認や夜間・休日の職員対応、避難場所等について明記しています。また、災害発生に備え飲料水等3日分を備蓄しています。大規模災害を想定した事業所独自の事業継続計画は作成されておらず今後の課題です。</p>			
【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。		施設の自己 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】			
<p>「あかしあ園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、送迎支援等の標準プロセスを明記し、集団行動が苦手な自閉症の利用者支援など施設の利用者特性に配慮した記述内容になっています。また、「支援手順書」を作成し、個々の利用者の障害特性に応じ支援のポイントと留意事項を明記し支援の統一化を図っています。年1回標準マニュアルの見直しに際し、手洗い・ガウンテクニック、AED操作等テーマを決めてマニュアル通りの体験実習を行い、職員に注意を喚起しています。</p>			
【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・見直しが定期的に行われている。	○	○
	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】			
<p>年1回、定期的にご利用者支援マニュアルの見直しを実施しています。最新のマニュアルは2021年に改定したことが明記されています。マニュアルの記述は日中活動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、個別支援計画の実践結果等をみて内容の妥当性や不足分の記述の見直しを実施しています。また、マニュアルの見直しに際しては、テーマを決めて職員がマニュアルの手順通りにロールプレイングを実施し、マニュアル記述に不備がないかを確認し職員間の支援の統一性を図っています。</p>			
【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。		施設の自己評価結果	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
サービス管理責任者が中心となり個別支援会議を開催して、利用者支援に関する職員間の情報共有を図り、個別支援計画を策定しています。アセスメントを実施し利用者・家族と面談し、利用者支援のニーズを把握し個別支援計画に反映しています。自閉症利用者の障害特性に配慮し、「自閉症スペクトラム特性アセスメントシート」「冰山モデルシート」を用いて、専門性を生かした個々の利用者への適切な支援に努めています。年2回モニタリングを実施して、個別支援計画に沿った支援の状況を評価し、個別支援計画の見直しに反映しています。			
【非公表コメント】			

共通 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。	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。		○
【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。利用者状況の変化に応じて随時見直しを行います。見直しに際しては、全支援員が参加して個別支援会議を開催し、支援課題やニーズの確認だけでなく、利用者のストレングスを生かした職員の支援者としての視点の拡大を図るようにしています。また、見直しに際しては、障害者相談支援センターと連携し、サービス等利用計画との整合を図るようにしています。半年ごとに個別支援計画の目標に沿って達成状況のモニタリングを実施し、評価結果をもとに課題を明確にして個別支援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。		施設の自己 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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
記録システムを導入して利用者支援に関する各種の情報を入力し、パソコンを活用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利用者支援に関する情報だけでなく、利用者個人情報など施設運営全般に関する情報や会議録、看護や栄養に関する情報等多岐に及ぶ情報が登録されています。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ています。個別支援会議にはグループの全職員が参加して、ケース記録の記述について漏れないように注意を喚起しています。			
【非公表コメント】			

共通 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。	a	a
	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。	○	○
	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。	○	○
	記録管理の責任者が設置されている。	○	○
	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。	○	○
	職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
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、個人情報の重要性を認識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考え方に関する11項目の取り組みについて開示しています。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。事業所内の個人情報に関する資料は鍵管理の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防止を図っています。			
【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		施設の自己評価結果	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。	○	○
	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に支援を行っている。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>個別支援計画やケース会議等では、意思決定支援やストレングスをキーワードに検討し、支援につなげています。日々の様子ややりとりを記録に残し、言葉だけでなく様子や表情、行動から利用者本人の意思を把握しています。利用者が得意とすることに自信を持ち、自分の意思で納得した活動につなげられるようにしています。職員は利用者個々の強みを生かした活動に主体的に取り組み、継続していけるように支援しています。利用者の趣味活動の成果を発表する場を作り、種々の製作等で一人ひとりの個性的な作品を額に入れ、ホールに掲示したりしています。利用者の自治会では、職員が表情などから本人の思いを代弁し、話し合いに参加する機会を設けています。利用者の言葉の理解を補う方法を探り、利用者の思いが利用者全員で共有できるように、わかりやすくガイドしています。利用者が自分で支援を要請できるように、自分なりの表現で困り事を伝える経験を重ね、社会の一員として意思を伝えられるように支援しています。</p>			
【非公表コメント】			

A-1-(2) 権利擁護		施設の自己 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。	○	○
	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。		○
	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	○	○
	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と実施方法等を明確に定め、職員に徹底している	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>基本方針、職員行動指針、虐待防止対応規定等に利用者権利擁護について明記し、職員に周知しています。虐待防止研修では「不適切な対応」をテーマにグループディスカッションを行っています。「職員セルフチェックシートの総括と今後への対策」の研修では、現場での行動を振り返り、テーマを決めて全員でサービス改善に取り組み、利用者の権利である安心・安全なサービスの提供につなげています。日常の支援で気づいた不適切な言葉遣い等を、該当職員だけでなく、全員の課題として随時ミーティングで注意を喚起し、改善に向けて継続的に職員意識の強化を図っています。やむを得ず行う身体拘束については虐待防止委員会で検討し、個別支援計画にも掲載し、利用者・保護者の了解を得ています。職員は、身体拘束をしないケアを心がけ、やむを得ない場合にはその理由を記録し、必要な理由を記録し、必要期間は毎日報告し、虐待防止責任者・虐待防止マネージャーが内容を確認しています。</p>			
【非公表コメント】			



## A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本		施設の自己 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。	○	○
	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。	○	○
	自律・自立生活のための動機づけを行っている。	○	○
	生活の自己管理ができるように支援している。	○	○
	行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>利用者の障害の程度にかかわらず、どのような支援があれば、自分らしく安心感のある中でさまざまなチャレンジができるかを考え支援しています。活動や参加の状況、周囲の環境など広い視点から利用者を理解し支援につなげています。見守りを基本とし、利用者が困っていることを伝える力や、提供されることに「NO」と言えるように支援しています。職員は利用者が困っていることに対し、どうすればできるのかをいっしょに考えます。やり過ぎていないか、必要な介入はタイムリーにできているのか常に検証しています。絵カード等を用いてステップごとに行動をイメージし、体験を通して一つ一つ納得しながら次の行動に安心して取り組めるように準備しています。利用者本人の困り事が何に起因しているのかを分析し、一連の行動がスムーズに行えるよう理解を得るようにします。絵カードや写真などで一連の行動を見える化し、済んだものから1枚ずつ外していき、全てなくなったことで、一連の行動が終了したことを理解できるように支援しています。</p>			
【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。	b	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。	○	○
	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。	○	○
	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。		○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>利用者が安心して自分の気持ちを表出できるよう、本人の状況を把握し、職員が安心できる存在であるよう配慮しています。個人面談で緊張が高まる場合には、グループで話し合うことでプレッシャーを緩和したり、絵カードや写真等で示して選択したり、本人が話を聞ける状態になった時に時間を合わせたりするなど工夫しています。利用者は経験していないことは選ばず、経験したことを選択していく傾向にあるため、体験を増やしたり本などからの情報を理解したりして選択肢を増やしていけるよう、職員は十分に準備をして日中活動の中で繰り返し実践しています。カードなど利用者一人ひとりに合ったツールを繰り返し使い、習慣化する事で、日中活動以外の日常生活の場でもコミュニケーションが取れるように働きかけています。職員の工夫したツールを活用し、保護者や関係機関等と連携し、利用者のコミュニケーション能力の向上に向けて支援しています。</p>			
【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。	○	○
	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。	○	○
	利用者の意思決定の支援を適切に行っている。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>職員は、利用者から申し出があればゆっくり話せる時間と場所を確保します。思いを傾聴し困り事が解決に向かうよう、いっしょに考える姿勢を大切にしています。職員は、利用者の言葉だけでなく、本人の行動からも読み取ります。利用者の行動が通常と異なることがあり、他人の迷惑につながる場合があります。職員はそれを注意するのではなく、その理由を探り、利用者が本当にしたかったことは何か、それを実現するにはどうしたら良いかをいっしょに考えました。昨日と違う様子の意味するところを把握できない場合は、記録して今後の判断の材料にしています。意思決定支援については、言葉のやりとりに終始せず、可能な限り体験して知る機会を提供し、利用者本人が自分の気持ちを確認し判断する材料を増やします。日常生活での意思決定支援を継続的に行うことにより、意思が尊重された体験を積み重ね、自分の意思を本人自ら他者へ伝えようとする意欲につながります。利用者の行動の変化を振り返り、個別支援計画に反映し、利用者の主体的行動を尊重した支援に努めています。</p>			
【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。		○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。		○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>日中活動は班ごとにメニューは決まっていますが、利用者の希望にはできるだけ応えるようにしています。通院やヘルパー利用など個々のニーズを事業所全体で共有し、利用者の目的に沿ったサービスが提供できるよう支援に努めています。活動の見通しを示す事で利用者が取り組みやすいように配慮し、自治会など集団活動の前にはみんなで集まる場をあらかじめイメージできるように説明しています。また、職員も集団活動に参加したり利用者の送迎に柔軟に対応したりして、利用者一人ひとりの生活リズムに沿ってスムーズな流れで取り組めるようにしています。近隣施設でのワークショップの案内等情報を提供し、希望があれば関係者と行ける方法を検討します。公園の清掃活動や川崎市のアート作品展への参加、防災訓練での消防士とのかかわり、近隣への野菜や自主製品販売など地域の社会資源に触れられる活動に積極的に取り組んでいます。</p>			
【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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>事業所の特徴として強度行動障害、重度知的障害を伴う自閉スペクトラム症の方が多く、研修受講や利用者ごとの支援手順書を作成する中で職員は専門知識の理解を深めています。支援の根拠を明らかにし、チームで支援するプロセスを重要視しています。行動障害が起きてしまう背景を理解し、職員の対応も1つの要因として振り返り、支援を統一して本人が安心して気持ちが安定するようにしています。障害特性に応じた支援手順を検討し、職員でシミュレーションしてから活用しています。行動障害の前の行動等を記録し、なぜその行動に至ったのか、本人が困っていることは何かを考えることから支援を組み立てています。食事のメニューを写真等で選択してもらう際に、食べたい物ではなく常に右下の物を選択する、あるいは最初の物を選択するなど、選択方法に癖がある場合には、見せる順番等を入れ替えるなどして本人の関心の向け方を工夫します。観察により一人の職員の気づきを全体で共有し、利用者支援に生かしています。</p>			
【非公表コメント】			

A-2-(2) 日常的な生活支援		施設の自己 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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	利用者の心身の状況に応じて排せつ支援を行っている。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>年2回、個々の利用者の咀嚼や嚥下機能を障害者歯科医に評価してもらい、看護師や栄養士も同席して食事形態などの摂食指導をしてもらいます。栄養バランスや食物アレルギーに配慮し、また、年1回利用者の嗜好や食事に関するアンケート調査を実施し、家族向けに試食会を開催するなどして利用者の好みを献立に反映し、楽しい食事になるようにしています。利用者の7割は排泄支援を必要としています。また、半数程度は車椅子を使用し、送迎時のリフト利用時の安全対策に努めています。利用者の障害特性に配慮して、ストレングスを生かした生活課題を個別支援計画に反映しています。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載し、職員間の情報共有を図っています。</p>			
【非公表コメント】			



A-2-(3) 生活環境		施設の自己 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。	b	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。	○	○
	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。	○	○
	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。		○
	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。	○	○
	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。		○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>清掃マニュアルに基づき、職員が毎日トイレなどの共用空間の清掃と消毒を実施しています。コロナ禍の状況に配慮し、常時部屋の換気に注意しています。作業室の備品配置など安全と快適さを考慮して、動線を確認したレイアウトに工夫しています。利用者は3班に分かれて、班ごとに利用者一人ひとりが自身の居心地の良い場所を確保しています。利用者が不安定な状態になり、行動の抑制が必要な場合には、クールダウンのための静養室を確保し、気持ちが落ち着くの見守りします。年3回、専門業者に委託して、消防設備等施設内の備品の安全点検を実施しています。また、年1回消防署員が施設を訪問し、災害発生時の避難経路等をチェックし安全指導をしています。</p>			
【非公表コメント】			

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		施設の自己 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。	b	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。	○	○
	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。	○	○
	利用者の障害の状況に応じて専門職の助言・指導のともに機能訓練・生活訓練を行っている。		○
	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。		○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>職員は利用者の残存能力を生かすことを大切にしています。身体障害者手帳と療育手帳の両方の重複障害の利用者がいます。職員は、身体機能の変化や依存的になったりする利用者の状況に配慮し、支援の統一性を図っています。専門機関(川崎市更生相談所)に評価してもらい、利用者の姿勢を保つための機能訓練の対策についてアドバイスを受けたりしています。また、日中活動を通しての生活訓練に力を入れています。利用者の生活リズム作りとしてウォーミングアップやラジオ体操など体を動かす時間を取り入れています。また、ウォーキングやヨガ活動、室内軽運動などを取り入れ、利用者の生活スキルの向上を図り、利用者一人ひとりの生活リズムが身につくように支援しています。</p>			
【非公表コメント】			



A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		施設の自己評価結果	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。		○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>年2回の内科検診、歯科医健診、年1回の結核検診、生活習慣病予防検診、耳鼻科健診を実施しています。また、検温を含むバイタルチェックを毎日実施し、月1回の血圧、体重測定を実施しています。高血圧等で注意を要する利用者には、看護師が毎日血圧を測定し健康状態の把握に努めています。健診結果や日常の健康状態から通院が必要な時は、看護師が中心となり医療機関に情報を提供し、また、診察の結果や薬について記録システムに記録し職員間の情報共有を図っています。利用者の排泄状況については家族やグループホームと情報共有を図り、利用者の体調を押し量る目安にして支援の統一性を図っています。</p>			
【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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。		○
	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。	○	○
	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。		○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>常駐の看護師を配置し看護マニュアルを整備し、医師の指示書に従い糖尿病やてんかん発作のある利用者への医療的ケアを行っています。また、服薬支援標準マニュアルを作成し服薬管理を行い、誤薬事故防止を図っています。服薬は、看護師が医師の処方に基づき班ごとに配薬し、利用者の担当支援員が服薬チェック表に沿って利用者の服薬の状況をチェックし、最後に看護師が薬の空袋をチェックして事故防止を図っています。また、災害時対応の必要性に配慮し、3日分の利用者の薬を保管し緊急時に備えています。</p>			
【非公表コメント】			



A-2-(6) 社会参加、学習支援		施設の自己 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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>利用者が一人の市民として社会生活を送れるように、地域との関係づくりの機会を設定し、地域住民との交流を図っています。利用者の社会参加の機会として、仕事として取り組む創作活動を作業プログラムに取り入れています。ピースコースターやカレンダー、靴磨き製品などの事業所独自の自主製品を製作し、地域のイベントで販売し、また、絵画・造形・貼り絵・切り抜き等の創作アートに取り組み、作品を管内に展示するだけでなく地域の作品展などに出展し、利用者の社会参加の機会にしています。また、利用者の自治会活動を積極的に支援しています。自治会は食事部会と行事部会があり、利用者が自由に発言し、利用者同士で話し合い、食べたい物や行きたい所など自分たちの意思で決定します。職員は自治会活動を通し利用者自身の意思決定による社会参加を支援しています。</p>			
【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		施設の自己 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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
	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。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>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。利用者の半数はグループホームに入居しており、障害者相談支援センターと連携し、通所している利用者の自宅からグループホームへの移動を支援しています。利用者の2泊3日程度のグループホーム体験利用を実施し、利用者が安心して移れるように支援しています。利用者が自立した地域生活を送れるように、日中活動の外出の機会を利用して利用者の体験を生かした支援を推進しています。コンビニエンスストアや喫茶店での注文、お金の支払いなど、また、喫茶店では注文したものが出てくるまでの待つ時間の体験など利用者の日々の暮らしに必要な体験の積み重ねを大切にしています。</p>			
【非公表コメント】			



A-2-(8) 家庭との連携・交流と家族支援		施設の自己 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】			
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。また、日々の送迎時には対面で利用者の日中活動の状況を家族に伝え、利用者の家庭生活の状況等を聞き、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。家族の高齢化等の理由で家族の半数近くは個別的配慮や支援が必要です。職員は支援が必要と考えられる場合は、関係機関に連絡しサービス支援に関する情報共有を図っています。利用者の多くはグループホームを利用しています。利用者の体調不良時など家族やグループホームとの連絡を密にとり、障害者相談支援センター、病院等の関係機関と連携し速やかに協力体制が取れるようにしています。			
【非公表コメント】			

### A-3 発達支援

※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		施設の自己 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
	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

A-4-(1) 就労支援		施設の自己 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。		評価外
	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。		
【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。		評価外
	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、利用者で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。		
【第三者評価結果についてのコメント】			
【非公表コメント】			



A19	<b>A-4-(1)-③</b> <b>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。</b>		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・生活支援センターや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）





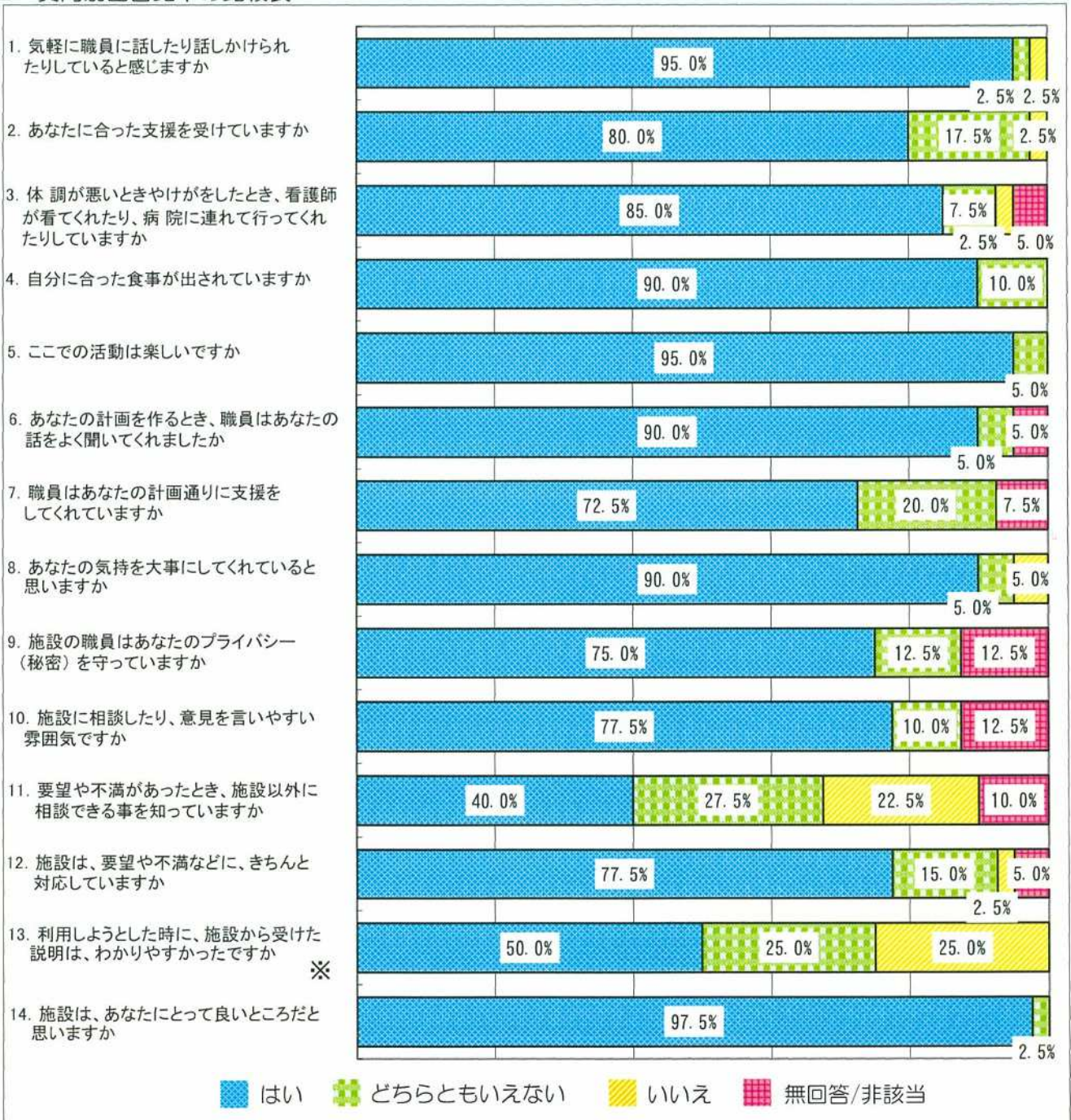
# 第三者評価利用者アンケート調査結果

サービス種別：【生活介護】  
《事業所名： あかしあ園 》

## ■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。		
調査方法	実施日	2022年9月5日	
	施設からの調査対象の方々の特徴をあらかじめ知らせてもらい、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		40人	
共通評価項目による調査対象者数		40人	
共通評価項目による調査の有効回答者数		40人	
利用者総数に対する回答者割合(%)		100.0%	

## ■質問別回答比率の比較表



※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。



■ 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	38	1	1	0	40	★★★
		95.0%	2.5%	2.5%	0.0%	100.0%	
	2. あなたに合った支援を受けていますか	32	7	1	0	40	
		80.0%	17.5%	2.5%	0.0%	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	34	3	1	2	40	
	85.0%	7.5%	2.5%	5.0%	100.0%		
	4. 自分に合った食事が出されていますか	36	4	0	0	40	
		90.0%	10.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
	5. ここでの活動は楽しいですか	38	2	0	0	40	★★★
		95.0%	5.0%	0.0%	0.0%	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	36	2	0	2	40	★
		90.0%	5.0%	0.0%	5.0%	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	29	8	0	3	40	△
		72.5%	20.0%	0.0%	7.5%	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	36	2	2	0	40	★
		90.0%	5.0%	5.0%	0.0%	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	30	5	0	5	40	
		75.0%	12.5%	0.0%	12.5%	100.0%	
相談・苦情への対応	10. 施設に相談したり、意見を言しやすい雰囲気ですか	31	4	0	5	40	
		77.5%	10.0%	0.0%	12.5%	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	16	11	9	4	40	△△△
		40.0%	27.5%	22.5%	10.0%	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	31	6	1	2	40	
		77.5%	15.0%	2.5%	5.0%	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	1	1	0	4	△△
		50.0%	25.0%	25.0%	0.0%	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	39	1	0	0	40	△△
		97.5%	2.5%	0.0%	0.0%	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)
6	34	0	40	
15.0%	85.0%	0.0%	100.0%	

※上記質問の回答が「はい」の方への質問です

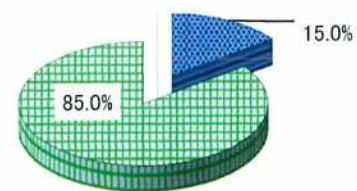
◆ 利用前に、サービス内容や利用方法について説明がありましたか

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

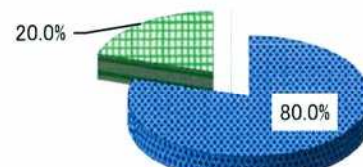
※上記二つの質問の回答が「はい」の方への質問です

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

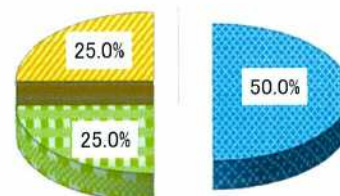
はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答/ 非該当	合計	(単位:人)
2	1	1	0	4	
50.0%	25.0%	25.0%	0.0%	100.0%	



■ はい ■ いいえ ■ 無回答



■ はい ■ いいえ ■ 無回答



■ はい ■ どちらともいえない ■ いいえ ■ 無回答/非該当



## ■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 ドライブに行きたい。	1
2 外出したい。買い物に行きたい。	1
3 いっしょに遊んでほしい。	1
4 苦手な利用者に会いたくない。	1
5 ドライブが好き。もっと出かけた。	1
6 苦手な職員がいる。	1
7 嫌いな職員がいる。	1
8 献立表をいつも確認したい。	1
9 コンビニに行ってコーヒーを飲みたい。	1
10 食事が好き。	1
11 仕事や休憩、職員とおしゃべりなどして楽しんでいる。	1
12 お友だちや職員と話したりして、通うのが楽しい。	1
13 ホームに入って日常のペースに慣れるため、緊張が続いているようす。	1
14 困った時に誰かに言える。	1
15 すごく楽しい。	1
16 全体会ができるようにしたい。	1





■福祉サービス第三者評価 自己評価集計（職員）

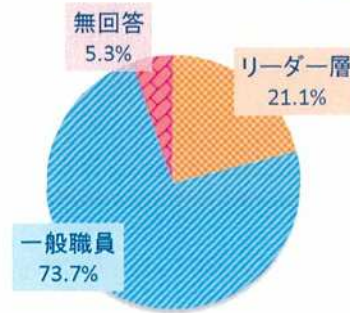
あかしあ園

実施期間	2022年9月5日 ~ 2022年9月19日	※9月22日到着分まで集計	
職員数	19人	回収数	19人
		回収率	100.0%

□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	14	1	19
21.1%	73.7%	5.3%	100.0%



- a: 評価の着眼点が全て実施されていると思う場合      c: 評価の着眼点が一つも実施されていないと思う場合  
 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

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。	8	11	0	0	0	19
	42.1%	57.9%	0.0%	0.0%	0.0%	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。	4	12	1	2	0	19
	21.1%	63.2%	5.3%	10.5%	0.0%	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。	1	15	0	3	0	19
	5.3%	78.9%	0.0%	15.8%	0.0%	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。	2	17	0	0	0	19
	10.5%	89.5%	0.0%	0.0%	0.0%	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。	4	14	1	0	0	19
	21.1%	73.7%	5.3%	0.0%	0.0%	100.0%

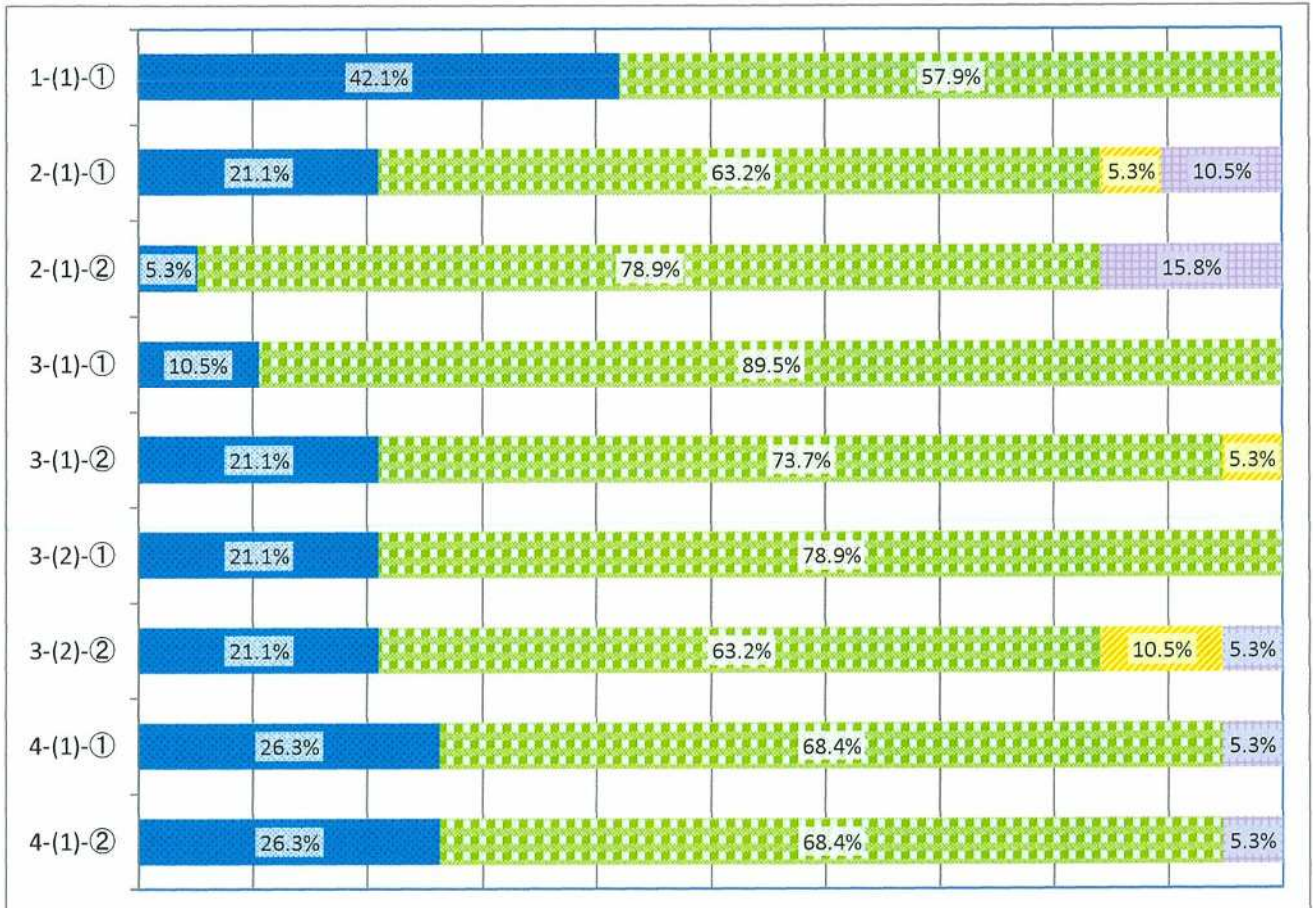
(2) 事業計画が適切に策定されている。

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。	4	15	0	0	0	19
	21.1%	78.9%	0.0%	0.0%	0.0%	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。	4	12	2	1	0	19
	21.1%	63.2%	10.5%	5.3%	0.0%	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。	5	13	0	1	0	19
	26.3%	68.4%	0.0%	5.3%	0.0%	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	13	0	1	0	19
	26.3%	68.4%	0.0%	5.3%	0.0%	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。	8	10	0	1	0	19
	42.1%	52.6%	0.0%	5.3%	0.0%	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。	7	10	1	1	0	19
	36.8%	52.6%	5.3%	5.3%	0.0%	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	8	1	0	0	19
	52.6%	42.1%	5.3%	0.0%	0.0%	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。	5	12	2	0	0	19
	26.3%	63.2%	10.5%	0.0%	0.0%	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。	2	13	2	2	0	19
	10.5%	68.4%	10.5%	10.5%	0.0%	100.0%
15 ②総合的な人事管理が行われている。	2	13	3	1	0	19
	10.5%	68.4%	15.8%	5.3%	0.0%	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。	6	12	1	0	0	19
	31.6%	63.2%	5.3%	0.0%	0.0%	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	10	1	0	0	19
	42.1%	52.6%	5.3%	0.0%	0.0%	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。	3	13	1	2	0	19
	15.8%	68.4%	5.3%	10.5%	0.0%	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。	7	11	1	0	0	19
	36.8%	57.9%	5.3%	0.0%	0.0%	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。	2	14	1	2	0	19
	10.5%	73.7%	5.3%	10.5%	0.0%	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。	10	7	1	1	0	19
	52.6%	36.8%	5.3%	5.3%	0.0%	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。	5	9	2	3	0	19
	26.3%	47.4%	10.5%	15.8%	0.0%	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。

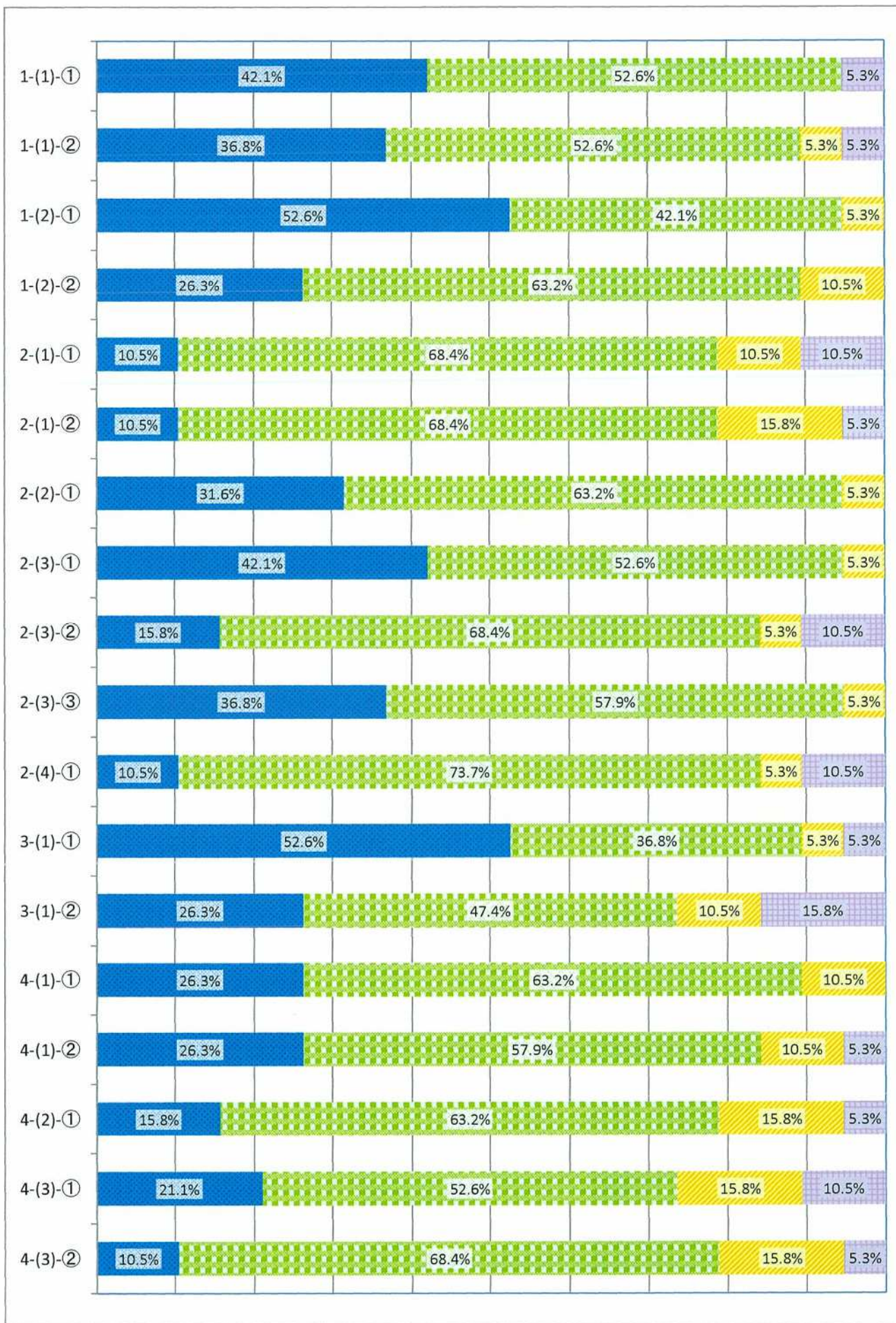
23 ①利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	5	12	2	0	0	19
	26.3%	63.2%	10.5%	0.0%	0.0%	100.0%
24 ②ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	5	11	2	1	0	19
	26.3%	57.9%	10.5%	5.3%	0.0%	100.0%

(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。	3	12	3	1	0	19
	15.8%	63.2%	15.8%	5.3%	0.0%	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。	4	10	3	2	0	19
	21.1%	52.6%	15.8%	10.5%	0.0%	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。	2	13	3	1	0	19
	10.5%	68.4%	15.8%	5.3%	0.0%	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



### 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。	9 47.4%	9 47.4%	0 0.0%	1 5.3%	0 0.0%	19 100.0%
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 47.4%	10 52.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	19 100.0%

(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。	6 31.6%	13 68.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	19 100.0%
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。	9 47.4%	10 52.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	19 100.0%
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。	5 26.3%	12 63.2%	0 0.0%	2 10.5%	0 0.0%	19 100.0%

(3) 利用者満足の上昇に努めている。

33 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。	3 15.8%	16 84.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	19 100.0%
-------------------------------------	------------	-------------	-----------	-----------	-----------	--------------

(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。	7 36.8%	12 63.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	19 100.0%
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。	4 21.1%	13 68.4%	0 0.0%	2 10.5%	0 0.0%	19 100.0%
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。	3 15.8%	15 78.9%	0 0.0%	1 5.3%	0 0.0%	19 100.0%

(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。	6 31.6%	12 63.2%	0 0.0%	1 5.3%	0 0.0%	19 100.0%
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。	7 36.8%	12 63.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	19 100.0%
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。	10 52.6%	9 47.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	19 100.0%

#### 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。

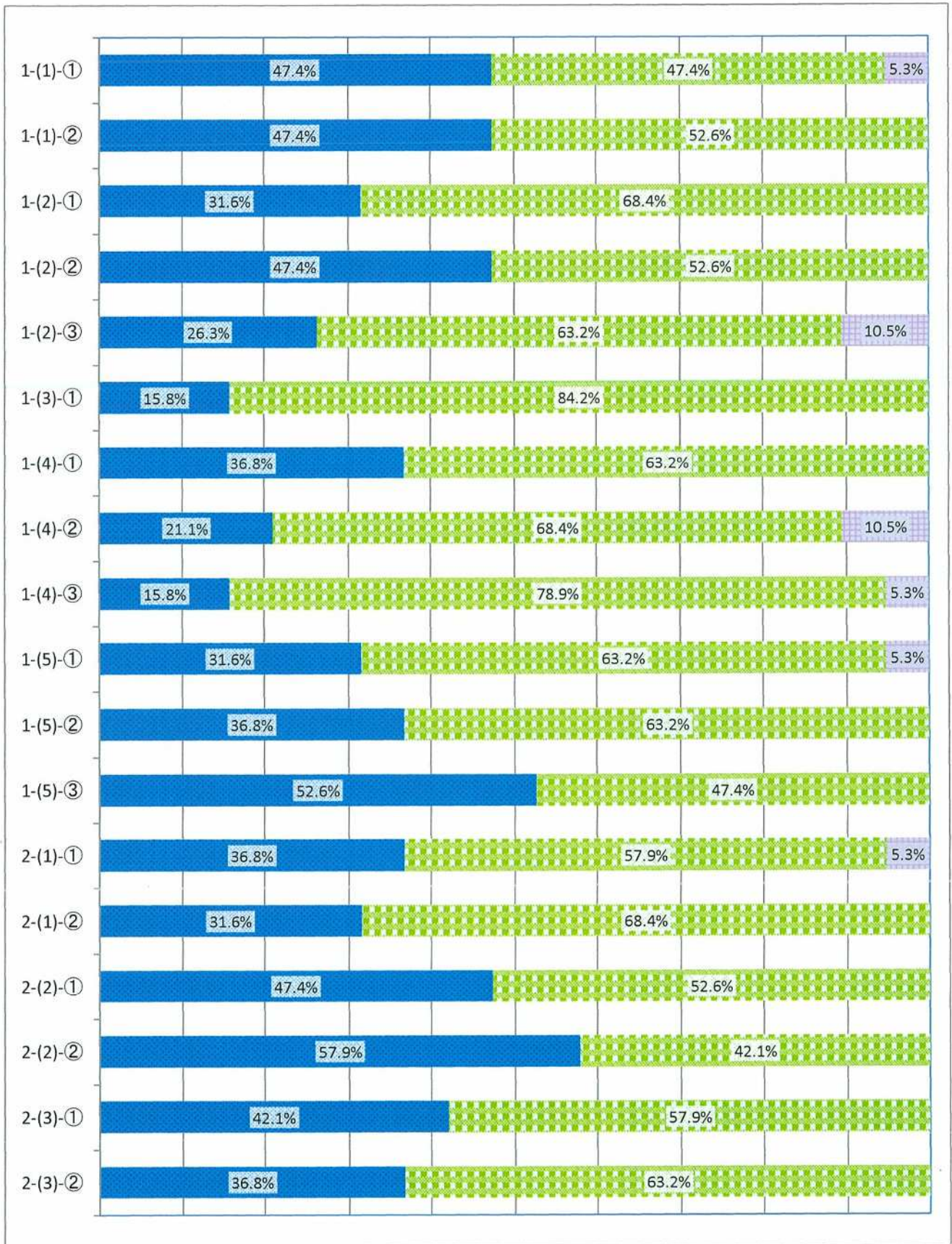
40 ①提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	7 36.8%	11 57.9%	0 0.0%	1 5.3%	0 0.0%	19 100.0%
41 ②標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	6 31.6%	13 68.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	19 100.0%

(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 47.4%	10 52.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	19 100.0%
43 ②定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	11 57.9%	8 42.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	19 100.0%

(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。	8 42.1%	11 57.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	19 100.0%
45 ②利用者に関する記録の管理体制が確立している。	7 36.8%	12 63.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	19 100.0%



- 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



## 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。	7	12	0	0	0	19
	36.8%	63.2%	0.0%	0.0%	0.0%	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。	4	15	0	0	0	19
	21.1%	78.9%	0.0%	0.0%	0.0%	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。	7	11	1	0	0	19
	36.8%	57.9%	5.3%	0.0%	0.0%	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。	8	11	0	0	0	19
	42.1%	57.9%	0.0%	0.0%	0.0%	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	12	0	0	0	19
	36.8%	63.2%	0.0%	0.0%	0.0%	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。	3	15	1	0	0	19
	15.8%	78.9%	5.3%	0.0%	0.0%	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。	6	13	0	0	0	19
	31.6%	68.4%	0.0%	0.0%	0.0%	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生活支援を行っている。	11	8	0	0	0	19
	57.9%	42.1%	0.0%	0.0%	0.0%	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。	3	15	0	1	0	19
	15.8%	78.9%	0.0%	5.3%	0.0%	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。	2	16	1	0	0	19
	10.5%	84.2%	5.3%	0.0%	0.0%	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。	9	9	1	0	0	19
	47.4%	47.4%	5.3%	0.0%	0.0%	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。	5	12	0	0	0	17
	29.4%	70.6%	0.0%	0.0%	0.0%	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

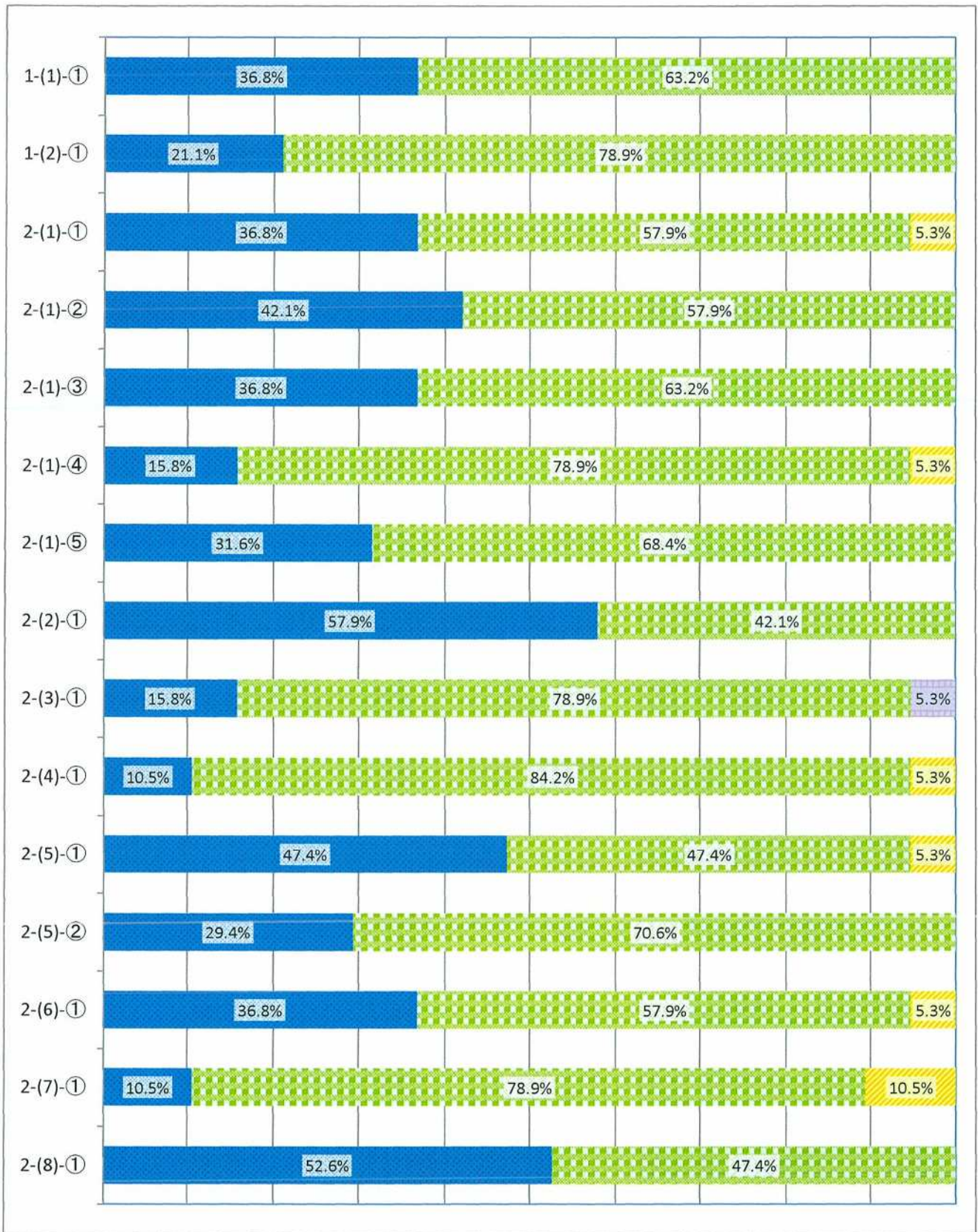
A13 ①利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	7	11	1	0	0	19
	36.8%	57.9%	5.3%	0.0%	0.0%	100.0%

### (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。	2	15	2	0	0	19
	10.5%	78.9%	10.5%	0.0%	0.0%	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	9	0	0	0	19
	52.6%	47.4%	0.0%	0.0%	0.0%	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



A-3 発達支援

※障害児支援を実施していない福祉施設・事業所については「評価外」となります。

(1) 発達支援

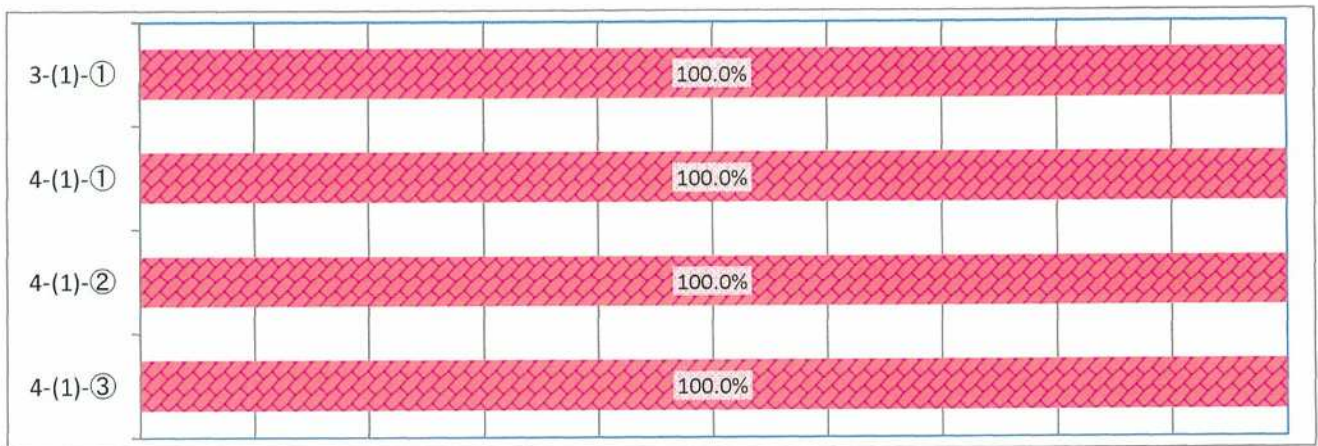
	a	b	c	n	無回答	合計
A16 ①子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	0	0	0	0	19	19
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%

A-4 就労支援

※就労支援を実施していない福祉施設・事業所については「評価外」となります。

(1) 就労支援

A17 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。	0	0	0	0	19	19
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
A18 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。	0	0	0	0	19	19
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
A19 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。	0	0	0	0	19	19
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	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

職員自己評価結果(コメント部分)

あかしあ園

※コメントについては匿名性に配慮する必要がありますので、個人が特定できそうな文章は削除し、趣旨が伝わるように修正を加えている部分があります。その他についての文章表現(漢字、仮名づかいなど)は、誤字の修正などを除き、原文のままとなっています。

■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	特になし。
2	ヒヤリハットの報告・全体化・再発防止・経過報告がていねいに行えている。
3	明るい点。
4	利用者の人権が守られている。
5	利用者に対して「ていねいにかかわろうとする姿勢」が見られる(基本であり、最も重要である)。
6	働きやすい環境。
7	相談しやすい。
8	他機関と連携している。
9	雰囲気良く働きやすい。
10	職員一人ひとりが利用者に対し真摯に向き合い、協力しながら真剣に支援について考え、働いている。
11	内部・外部研修の参加をして、専門性を高められる。
12	職員の利用者のための思いが強い。
13	コミュニケーションがとれて、明るく元気があるところ。
14	事業所全体の雰囲気が良く、利用者さんに対してていねいに接しているところ。
15	利用者の権利擁護や生活支援などで、職員の意識改革などかなり改善が進んでいると思います。
16	班(自分の所属する)の連携がうまくできていると思います。
17	各利用者の特性を考えて支援を検討できている。
18	個別支援計画に基づく支援を行っている。
19	法人の規定も含め、労務管理や人材育成などの「仕組み」が存在していること。
20	いろいろと相談しやすい。
21	子育てしやすいと思う。
22	上司にも話しやすい。
23	職員間で連絡・報告や会議をしっかりと行い、情報共有を密に行っている。
24	仕事に対して積極的なところ。
25	報告・連絡・相談が組織全体で意識化されている(勝手な自己判断による統一性の欠如はない)。
26	障害の特性、支援についてなど力を入れている。
27	風通しが良い。
28	グループホームや相談支援など、利用者が地域生活を充実させるための資源を利用できている方が多い。
29	健康管理に積極的に取り組んでいる。



【特に改善したいと思う点】

1	「正職員」と他職員の温度差を感じる。経営層に対して不信任感。
2	一部の職員が利用者を幼児のように対応することが多い。他の職員も指摘しづらさがある。
3	建物が古く、衛生面が気になる。
4	利用者支援にまつわる各種の計画や支援検討時に、「根拠」を意識できる職員集団にならなければいけない。
5	異動した方が良いと感じる職員がいる。
6	支援・専門的知識の向上。
7	人事異動などにより役職が交代すると全てが変わってしまう。
8	一部の人自由に関自分のことをする(利用者とともにではない。同じ仕事量じゃなくなるため不満が出てくる)。
9	日中活動の充実化。新しいことを企画する力の不足。
10	研修で学んだことを現場で発揮できるような周囲の理解が少ない(一部)。
11	職員の意見を平等に取り入れていない。一人ひとりの意見を、多数派でもみ消しているように感じる。
12	決まりがあいまいな部分がある点。
13	さまざまなマニュアルなどがある中、職員全体で周知がされにくい。業務が多忙でそれに目を通す時間もないところ。
14	各種記録などシステム化が進んでいますが、ややシステムに振り回されているようにも見えます。
15	各班の状況がわからず、要望を押しつける人がいる。みんなで解決しようという気持ちがあると良い。
16	会議・委員会などは活発に、そして計画的に実施できているが、各自が「会議に向けた準備」に対し主体的になれるよう、仕組みを整えていきたい。
17	人権を無視する冗談、発言をする人がいる。
18	起案などの業務が多くスリム化する事により、支援が充実すると思う(業務改善)。(法人全体として年間計画を作成しスリム化した方が良くと思う)。
19	実習生は毎年たくさん入っているが、ボランティアが少なく、地域のつながり不足。
20	日中活動における「社会資源の活用」「地域住民との交流機会」を増やし、その取り組みの中で利用者のリアルニーズにたどり着きたい。





## 福祉サービス第三者評価結果報告書

受審施設	あかしあ園
所在地	〒213-0034 神奈川県川崎市高津区上作延938-1
TEL	044-854-6644
施設長	施設長 鈴木謙之
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

