
いぬくら

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： いぬくら	種別： 障害者・児福祉サービス		
代表者氏名： 施設長 住舎 泰子	定員（利用人数）： 20（27）名		
所在地： 216-0011 神奈川県川崎市宮前区犬蔵3丁目13番15号			
TEL： 044-976-6955	ホームページ： http://www.ikuo.or.jp		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日	2006年10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： 3名		
専門職員	社会福祉士 4名		
	看護師 3名		
	栄養士 1名		
	介護福祉士 1名		
施設・設備の概要	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> 居室の状況 1階フロア（活動スペース） トイレ（男1、女1） 職員室、相談室 2階フロア（活動スペース） トイレ（男1、女1） </td> <td style="width: 50%; border: none;"> 施設の状況（設備等） RC造2階建て（築31年） 食堂（2階） 入浴室（ミスト浴）（1階） </td> </tr> </table>	居室の状況 1階フロア（活動スペース） トイレ（男1、女1） 職員室、相談室 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） RC造2階建て（築31年） 食堂（2階） 入浴室（ミスト浴）（1階）
居室の状況 1階フロア（活動スペース） トイレ（男1、女1） 職員室、相談室 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） RC造2階建て（築31年） 食堂（2階） 入浴室（ミスト浴）（1階）		

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。

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

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、その人らしい生活が実現できるよう福祉サービスを提供します。

2. 安心・安全に利用できる環境整備

安全性に配慮し、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。

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。

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。

5. 活力ある法人経営

経営基盤を強化し、公正で透明感のある活力あふれる法人経営をめざします。

施設・事業所の特徴的な取組

- 重点運営項目
- ①利用者の自己決定と選択を尊重し、その権利擁護を実現するとともに、個人の尊厳に配慮した良質かつ安心・安全なサービスを提供しています。
 - ②利用者の快適な暮らしや健康で幸福な生活を確保するため、利用者の立場にたつて良質かつ適切な福祉サービスを提供しています。
 - ③利用者の人権の尊重
 - ・利用者の個人としての尊厳が守られるよう、個々の利用者の特性やニーズに即した支援を提供しています。
 - ・障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律(障害者差別解消法)に基づき、不当な差別的取り扱いをしないよう、合理的配慮を行うよう努めています。
- 医療的ケアへの取り組み
- ・医療的ケアの必要な重度障害のある利用者を多く受け入れています。3名の看護師の常駐体制を敷いて、整形外科医や理学療法士と連携し適切な医療的ケアや機能訓練を実施しています。
 - ・歯科医師による摂食指導を実施し、個々の利用者の適切な食事形態での摂食支援に努めています。

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26日
受審回数(前回の受審時期)	1 回 (2015 年度)

総評

◇特長や今後期待される点

◆医療的ケアが必要な重度障害者が安心して日々の生活を楽しんでいます

事業所は、嚥下障害、吸引、胃ろう等の医療的ケアの必要な利用者や身体障害を伴う重度障害のある利用者を多く受け入れています。体調不良や急に状態が変化したときなど、専門性に裏付けられた適切な対応が求められます。3名の常駐の看護師を配置して、嚥下機能や身体機能に関する適切な支援に努めています。定期的に歯科医が施設を訪問し、個々の利用者の摂食と安全な食事形態を指導しています。また、整形外科医や理学療法士が定期的施設を訪問し、利用者の残存能力を生かすことを大切にした機能訓練の個別メニューを作成します。個別メニューに利用者が主体的に取り組み、食事の時間や機能訓練の時間には利用者の笑顔があふれています。

◆職員は重度障害者の体験の積み重ねを大切にした支援に努めています

職員は、重度障害者がさまざまな経験や成功体験を通して自ら選択し、自分の意思を他者に伝えることができるように支援しています。手が上げられる、声が出せるといった個々の利用者のストレングスを生かして、言葉だけでなくうなずきで拒否の態度がない事を確認します。快・不快の感情を記録し必要な介入はタイムリーにできているかを検証し、絵カード等を用いて利用者が安心して次の行動に移れるように支援します。毎月実施する利用者の自治会は、昼食メニューのリクエストなど利用者が主体となって意見を出し合う場になっています。職員はメニューの映像や、焼肉のたれなど食事の匂いのもとを使い利用者がイメージしやすいように支援します。

第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受けたことで、事業運営の改善点を見出すことができました。今後の取り組みとして、次の内容について改善を図ることにしました。

まず、事故・ヒヤリハットについては組織として分析していくこと、その経過を把握していくことの必要性を確認することができました。

また、苦情内容や解決結果等の開示については、今後は利用者、ご家族等に毎月配布している活動報告に載せていく予定にしています。そうすることで、改善への取り組みを伝えることや、苦情や要望を言いやすいようにしたいと思います。

それらに組織的に取り組むために、次年度はリスクマネジメント委員会の設置を予定しています。

また、重度重複障害の方たちが多く利用されている施設であり、緊急時の対応や他の関係機関との連携が欠かせないため、一人ひとりの状況にあわせた資料の整備に取り組むことも進めてまいります。

これらの改善策は訪問調査で話を進めていく過程で、課題の発見につながったので今後に向けて具体的に考えることができたように思います。

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。		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。	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】			
<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、ホームページに掲載し、また、規定集に明記し全職員に配付しています。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、年5回開催の保護者会で「いぬくら活動報告」を用いて、理念に基づいた支援についてわかりやすく説明しています。</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】			
<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、川崎市の障害福祉計画の動向を見て、法人全体の事業経営を取り巻く環境の変化や、事業運営の課題等の把握に努めています。法人の中期計画に利用者・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について明記しています。施設長は、施設運営の課題に対する具体策を事業計画に明記し、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、福祉サービスの向上を図り高い利用率を維持しています。</p>			
【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】			
<p>法人の経営企画会議(毎月開催)や管理職全体会議(毎月開催)で法人運営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4年度は中期計画を受けて通所施設の日中活動の充実を図り、利用者・家族の高齢化対策及び支援ニーズの多様化への対策等を具体化し、事業計画に反映しています。</p>			
【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】			
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。法人の各種委員会(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、法人の安定経営など分類ごとに課題を明記しています。			
【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】			
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事業重点運営項目を明記しています。令和4年度の重点運営項目には、地域の社会資源を活用した活動の充実、利用者の意思に基づく生活の実現に向けた取り組みの推進、関係機関とのつながりの強化等を掲げています。医療的ケアが必要な重度障害の利用者が多い事業所の特性があります。地域の関係機関と連携し、利用者の意思を大切に汲み取り、本人の意思確認をていねい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。		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）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】			
全職員が参加し12月末に事業計画の達成度を評価し、2月に次年度事業計画の原案を作成します。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、各種委員会(生活委員会、作業委員会、防災安全委員会、研修委員会、食事委員会、保健衛生委員会等)を設置し、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、事業計画の見直しを行っています。			
【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。年5回開催の保護者会で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。「いぬくら活動報告」を保護者会で配付し、健診などの医療に関することや、フロアごとの日中活動の利用者支援の状況などを写真等を用いてわかりやすく説明しています。また、外出等施設の各種イベントへの利用者の参加を促すなど事業計画の実施内容についての利用者・家族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】			
2年ごとに内部自主評価、3年ごとに利用者満足度評価及び定期的に第三者評価を実施しています。また、権利擁護に関する職員の自己チェックを毎年実施し、課題を分析し利用者サービスの向上に努めています。昨年度法人主催で内部自主評価を実施しています。内部自主評価は、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など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、事業計画に反映しています。昨年度の内部自主評価の結果を受けて、今年度は利用者の地域交流の一環としての外出支援を課題に設定し、その対策を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】			
内部自主評価、利用者満足度評価、及び権利擁護に関する職員の自己チェック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。一昨年実施した利用者満足度調査では、建物内の清潔感に関する改善点の指摘がありました。令和3年度は利用者満足度の調査結果を踏まえ、美化委員会を設置して、環境美化に取り組みました。特に玄関の掲示物など目的に応じて、わかりやすく整理しました。また、利用者の外出支援の強化の必要性など、内部自主評価で指摘された課題を事業計画に反映し、具体策を講じています。			
【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・基本方針を基に事業計画を作成し、運営方針及び事業重点運営項目を示しています。令和4年度は、重度障害のある利用者の外出支援に視点を置いて、家族と連携し少人数グループでの飲食店のテイクアウト支援の実施等を掲げています。職務分掌表を作成し、職務及び各種委員会の役割・担当者を明示し、職員に周知しています。また、広報誌「いぬくら」を発行し、施設長としての考えと支援体制を明示しています。災害発生時対応の事業継続計画(BCP)を整備し、施設長不在時の権限委任について明確にしています。</p>			
【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。	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ことを掲げて職員に周知しています。また、規定集に「法令遵守に係る業務管理体制整備規程」等法令遵守に係る各種規定類を掲載し、全職員に配付して、法令遵守に関する職員の注意を喚起しています。法人の入職時研修で法令遵守の理解について周知し、法人本部の管理職会議等では、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、環境への配慮等法人と連携して取り組み、施設長は朝夕の打ち合わせ等で日ごろの支援と法令を関連付けて説明しています。</p>			
【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。		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】			
いぬくら会議(職員会議)やフロア会議では、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。いぬくら会議は施設長が出席し、業務改善事項等に関する職員の情報共有を図り、分掌ごとの会議から浮かび上がった課題や職員の取組みの状況などについて話し合い、事業所全般のサービス品質の向上を図っています。また、フロア会議で個々の利用者特性に応じた支援の内容や課題の対策について話し合います。施設長は改善策の実施状況を日々のミーティングで説明し、モチベーションの向上に向けて職員の意識の共有を図っています。			
【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	b
	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経営企画会議、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、施設運営の課題の対策に取り組んでいます。重度障害の利用者特性に配慮して、利用者に安心・安全なサービス提供を行え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て、職員の休憩時間や適切な時間配分を心がけ、職員の働きやすい環境整備に努めています。加えて、経営改善やサービス向上につながるフロアごとの意見の調整と、現場職員の同様の意見を形成する対策のいっそうの工夫が期待されます。			
【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。法人の人事基準にのっとり、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。法人の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、入職時から中堅職員までの年次研修を実施しています。また、看護職員会議や栄養士会議等の職種別会議の場を生かして、利用者支援の専門性の強化を図っています。職員は、整形外科医や理学療法士による機能訓練や歯科医による摂食相談等の指導のもとに専門性の向上に努め、重度障害者、医療的ケアの必要な利用者の支援に努めています。			
【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。	b	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。法人の人事考課表を整備して、人事考課の着眼点を明示し、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。人事考課表による職員の自己評価と異動希望等の意向調査の結果をもとに面接評価を実施し、人事管理に反映しています。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。施設長が定期的に職員に面談し、職員の目標達成の能力向上を図り、目標達成の結果を実績評価に反映しています。			
【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、福祉人材や人身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>施設長と職員の個人面談で職員の意向や状況を把握し、異動希望等に関する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努めています。法人の衛生委員会が主体となり、毎年定期的に健康診断やストレスチェックを実施しています。産業医の相談体制を整備し、法人本部にも相談窓口を設け、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。育児休業や介護休業、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に努めています。</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>法人の「目標管理制度(職員一人ひとりの人材育成の取り組み)」にのっとり、職員は事業所の組織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。年3回(5月、11月、2月)の施設長と職員の面談を通して、目標達成に必要な専門性の向上等の目標の共有を図ります。また、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スキルを評価し、さらなるモチベーションの向上につなげています。施設長は職員の目標を把握し日々の業務中に目標とのつながりを示唆し、個々の職員の目標達成に向けた取り組みを支援しています。</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、人材育成の研修を体系化しています。法人が主催する年次研修では、入職時研修や1年目の法人の理解と支援者の基礎知識、2年目の法人の事業展開と福祉の仕組みや制度、3年目の障害ケアマネジメント等の研修を実施し、法人の研修委員会で年次研修のカリキュラムの見直しを行っています。また、事業所独自に利用者の障害特性に応じて歯科医の摂食相談や整形外科医や理学療法士による機能訓練等を実施し、摂食や機能訓練に関する研修を取り入れ、支援の専門性の向上を図っています。</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】			
<p>施設長は、個々の職員が目ざす専門性や資格取得の希望等を把握し、目標達成につながる研修の受講に配慮しています。法人の階層別年次研修や川崎市主催の集団指導研修、社会福祉協議会が主催する権利擁護等の外部研修等への参加を推進しています。重度障害者の嚥下機能や身体機能に関する支援の専門性に視点を置いて、事業所独自に摂食研修や調理加工研修及び機能訓練に取り組んでいます。また、新人職員のOJTは研修の事前課題を作成し、先輩職員の指導のもとに訓練の結果を報告し、成果を評価し法人の研修委員会に報告しています。</p>			
【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】			
<p>昨年度は大学生など7名の実習生を受け入れています。「介護体験オリエンテーション資料」を作成し、実習生の受け入れの際には実習の目的や利用者特性、利用者へのかかわりで注意すべきこと等について説明し、個々の利用者の障害特性の理解につなげています。5日間の実習を前提とした「介護体験実習カリキュラム」を整備しています。職員は、カリキュラムに沿って日々の実習指導にあたります。実習生は毎日実習ノートを提出し、実習指導職員は実習ノートの確認を通して重度障害者への支援で留意すべきことなどをアドバイスします。</p>			
【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利用者・家族に周知しています。また、事業所の広報誌「いぬくら」を年1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>地域資源を活用し、文化活動を積極的に取り入れ地域との相互理解と友好を深めること等、地域とのかかわり方の考えを事業計画に明記し職員に周知しています。毎年区の連絡会に出席して区内の施設間の交流を図り、自主製品の展示や販売を通して地域住民との交流を図っています。また、施設の地域活動として、楽器演奏や歌の披露を行う利用者の「お祝い隊」が高齢者施設を訪問し、地域住民との交流を図っています。利用者の外出支援として飲食店のテイクアウトを取り入れ、地域の店舗と連携して利用者の社会参加を支援しています。</p>			
【非公表コメント】			

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
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を行っている。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
<p>パンフレットの配付や募集依頼等を通してボランティア活動への参加を促すなど、ボランティア受け入れの基本姿勢を事業計画に明記し、職員に周知しています。コロナ禍の中で抑制している状況にはありますが、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の理解が深まることが期待されます。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の高さにつながる取り組み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関係機関との連携に努めています。区主催の年1回開催の連絡会に出席し、地域の関係機関との情報共有を図っています。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。利用者・家族の高齢化傾向の中で、障害者支援の介護保健制度との支援の統一性や通所施設やグループホームへの支援機能拡大のニーズが指摘されています。また、医療的ケアや強度行動障害者支援等のニーズへの対応など、重度障害者への専門的支援の必要性が求められており、地域の福祉支援ニーズとして把握し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、3日分の飲料水・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。		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】			
法人の基本方針に利用者の権利擁護と自立支援の推進を掲げています。基本方針の実践に向けた利用者支援標準マニュアル、及びフロアごとに個々の利用者の障害特性に応じた支援マニュアルを作成し、支援の統一性を図っています。毎年「虐待防止に向けての職員チェックリスト」を用いて全職員のセルフチェックを実施し、職員は利用者の人格を尊重した支援ができているかを振り返り、権利擁護意識の強化に努めています。また、フロアごとに権利擁護スローガンを定めて掲示し、職員の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の使用や広報誌掲載等について利用者の意向を確認し、同意書を得ています。広報誌を作成し行事や活動風景の様子を写真等で伝えたり、創作活動の作品等を紹介しています。写真などの使用にあたってはそのつど利用者本人の了解を得ています。利用者支援標準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。また、毎月の職員のスローガンを定めて注意を喚起しています。今年度11月のスローガンは、「利用者の前で排泄関係の話をしなない」でした。			
【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。		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、リーフレット、広報誌「いぬくら」などを用いて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、見やすいことや必要な情報にアクセスしやすいことなどに配慮して作成しています。リー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。また、施設見学や1～5日の体験入所を随時受け入れており、特別支援学校・養護学校の夏休み施設見学(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、発語でのコミュニケーションが困難で意思確認が難しい利用者には見学や体験利用を勧めています。利用者が施設利用のイメージを持ち、安心して利用したいという意識を持てるように支援しています。契約面談では、本人にとって施設での生活が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、施設利用の本人の意思を確認しています。言語では難しくても、うなずきや拒否の態度がない事などを保護者とも確認し、いぬくらでの活動が本人の生活リズムに合うかを相談しながら契約に進めています。			
【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】			
事業所の変更等新しいサービスへの移行にあたっては事前にサービス担当者会議を開催し、本人・保護者及び障害者相談支援センター等支援機関と話し合い、サービスの継続性が保たれるようにしています。必要に応じて移行先の見学や体験利用に職員が同行し、利用者の意思を確認しています。職員が同行することで本人と新たな支援者をつなげ、引き継ぎ資料を渡して本人が安心できるようにしています。移行後も利用者・保護者にはいつで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して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年度の満足度調査では、建物内の清潔感に関する改善の指摘があり、翌年に事業所内に美化委員会を設置しました。1年間建物内の美化活動を推進し、掲示物やトイレ清掃用具の整備など改善策を講じています。建物の老朽化と構造上の制約があり、相談室を整理し個別相談が受けられるように改善しました。また、個別支援計画のモニタリング等で満足度を聞き取り、自治会の行事等の振り返りの中で、利用者が満足できたかを把握するようにしています。			
【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】			
苦情解決の仕組みについては施設内掲示や重要事項説明書等の契約時の書類で利用者・保護者に伝えていきます。受付担当者・苦情解決責任者を置き、苦情内容は記録システムに随時記録します。苦情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。保護者等との話しやすい関係作りに配慮し、苦情対応の結果を口頭や連絡帳で伝えていきます。また、法人本部や第三者委員会、かながわ福祉サービス運営適正化委員会等の相談窓口を紹介しています。苦情内容及び解決結果等については利用者・保護者の個人情報に配慮したうえで、広報誌等での開示が望まれます。			
【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。	○	○
	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】			
重要事項説明書には、苦情や相談について事業所や法人以外にも、第三者委員会、川崎市の窓口、かながわ福祉サービス運営適正化委員会等複数の相手を自由に選べることを明記し、契約時に利用者・保護者に配付し説明しています。言葉や文章での理解が難しい利用者が多いため、写真などで説明し個々の特性に配慮しわかりやすいようにしています。利用者からの相談については、利用者が安心して話ができるように、相談室や利用者が希望する場所で聞き取ります。職員は相談の内容を随時記録システムに入力し、職員間の情報共有を図っています。			
【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】			
職員は利用者の声に傾聴し、思いを聴き取り、職員間の情報共有を図っています。言葉によるコミュニケーションが困難な利用者が多く、職員は利用者の表情等を汲み取ることを大切に、いつもと違う表情や行動があれば職員間で様子を共有し利用者の思いを推測します。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、医療的ケア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ように、職員の支援の統一性を図るための対策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。	b	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について明示し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。施設長が、事故やヒヤリハットの内容を毎日帰りの打ち合わせで職員に周知していますが、職員参加による事故やヒヤリハット報告の分析と対策の具体化については十分ではありません。職員参加による事故防止と危機管理対策の取り組みの強化が期待されます。			
【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。「厨房衛生管理マニュアル」を整備し、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、「いぬくら感染症対策マニュアル」を作成して感染症の予防と罹患時の対策を明記し、新型コロナウイルス対策等必要に応じて見直しを行い、職員に周知しています。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、処置道具をフロアごとに設置し、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
	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、地域の行政をはじめ、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>「非常災害避難計画」を作成して年3回総合防災訓練を実施し、年6回の自主防災点検を実施しています。総合防災訓練のうち年1回は地域の消防署に要請し訓練の状況について評価してもらいます。また、法人の安全委員会が主体となり、年1回危機対応訓練を実施しています。昨年度は直下型地震や水害を想定した訓練を実施しました。大規模災害発生を想定した「BCP(事業継続計画)いぬくら」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・職員向けに飲料水など3日分を備蓄しています。</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。	b	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、送迎支援等の標準プロセスを明記しています。また、フロアごとに医療的ケアの必要な利用者など、利用者の障害特性に配慮した支援マニュアルを作成し、フロアごとの職員の支援引き継ぎ資料として活用し、支援の統一性を図っています。年1回4月に職員は標準マニュアルの見直しに際し、1日の流れに沿ってマニュアル通りの体験実習を行い、マニュアル通りの支援に関する職員の注意を喚起しています。			
【非公表コメント】			
個別支援計画の策定及び見直しについては、サービス等利用計画や機能訓練の個別支援内容との整合性に配慮した記述が求められます。個別支援計画策定に関するガイドライン等の整備が期待されます。			

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】			
年1回、年度初めにマニュアル類の見直しを実施しています。最新の利用者支援標準マニュアルは、2022年3月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、見直しの必要性をチェックします。食事介助や機能訓練等個々の利用者特性の変化に応じて随時マニュアルを見直ししています。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通りの実践体験を実施し、マニュアル記述の適切性を確認し、職員間の支援の統一性を図っています。			
【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。		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、利用者支援に関する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・家族面談を実施し利用者同意のもとに支援のニーズを個別支援計画に反映しています。重度障害者のストレンクスを生かした個別支援計画の策定に努めています。医療的ケアの対応など利用者支援の根拠を示し、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個別支援計画に沿った支援の状況进行评估し、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。また、利用者状況の変化に応じて随時見直しを行います。見直しに際しては個別支援会議を開催し、重度障害者の機能訓練や摂食支援の現場支援の状況を確認し、利用者のストレンクスを生かした職員の支援者としての視点を大切にしています。会議の内容を全職員に回覧し情報共有を図っています。また、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の見直しに反映しています。			
【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、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など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、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。			
【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ています。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の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>利用者の体験を重視した支援に努め、体験することで利用者が自分の意思で選択し意思決定ができるように支援しています。職員は、個々の利用者の日々の様子ややりとりを記録に残し、言葉だけでなく「手が上げられる」「声が出せる」といった残存機能を生かして、本人の行動から本人の意思を把握しています。本人が得意とすることに自信を持ち、本人の意思で納得した活動につなげるように配慮しています。職員は、個々の強みを生かした活動を利用者本人が継続していけるように、絵カード等を用いて利用者が安心して次の行動に移れるように支援しています。毎月、利用者の自治会を開催しています。それぞれが希望する昼食メニューをリクエストするなど、自治会は利用者が主体となって意見を出し合う場になっています。職員は、メニューの映像を用いたり、焼肉のたれなどの食事の匂いのもとを使ったりして利用者が選択しやすい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。虐待防止委員会が主体となり、毎年「虐待防止に向けての職員チェックリスト」を用いて全職員のセルフチェックを実施し、職員は自らの人権意識や利用者の尊厳を傷つける対応をしていないかを振り返ります。また、虐待防止の早期発見チェックリストを作成し、身体的虐待発見の5項目の着眼点を明示して、権利侵害の早期発見に努めています。「車椅子移乗の時の声掛け」「利用者の前で排泄の話はしない」などフロアごとに権利擁護スローガンを定めて掲示し、毎月見直しを実施し、職員の権利擁護に向けて注意を喚起しています。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・保護者に了承を得ています。就業規則に不適切行為に対する懲罰規定を明記して、職員に周知しています。</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>利用者のストレングスに着目した個別支援計画を策定し、個々の重度障害のある利用者が、残存機能を生かして自分らしく、安心して日々の生活が送れるように支援しています。歯科医による摂食相談を実施し、利用者に最適な食事形態で安心して摂食できるように支援しています。また、利用者の外出支援の中では、地域の店舗の協力を得て、利用者のテイクアウト支援を実施し、利用者が地域で生活できるための安心感につなげています。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を常に検証し、利用者の選択と行動への思いを尊重した支援を心がけています。グループホームでの生活を希望している利用者については、障害者相談支援センター等地域の関係機関と連携し、利用者の体験利用等を支援し、利用者の自立に向けた地域生活の実現を支援しています。</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。	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。	○	○
	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>利用者によってコミュニケーションの方法がさまざまなため、職員は言葉でのコミュニケーションだけでなく、表情や手足の動きなどを見ながら利用者の思いを把握しています。職員は、日々の支援における利用者の快・不快の反応や状態を記録に残し、利用者支援のニーズの見直しを行います。フロアごとに工夫して、利用者の障害特性に応じて絵カードや写真、スケジュールボード等を用いて、利用者とのコミュニケーションを図っています。本人に合ったツールを繰り返し使い習慣化する事で、利用者のコミュニケーションスキルの向上につながっています。職員は、利用者が安心して自分の気持ちを表出できるよう、本人の状況に配慮して適切な声かけを心がけています。</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】			
職員は、一対一で利用者が安心して話ができる環境を整え、利用者の思いを傾聴し、課題の解決に向けて利用者といっしょに考える姿勢を大切にしています。言葉だけによらず、いつもと違う表情や行動からも利用者の思いを汲み取ります。利用者が話をしたい時にいつでも対応できるように心がけていますが、対応できない時は、必ず話ができる時を伝え、利用者が安心できるようにしています。また、可能な限り体験して知る機会を提供し、本人が自分の気持ちを確認し判断する材料を増やすようにしています。グループホームに入りたいといった利用者からの相談を受け、サービス管理責任者を通して障害者相談支援センター等の関係機関との連携を図り、利用者の要望を個別支援計画に反映し、グループホームの体験利用につなげた事例があります。			
【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。	○	○
	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】			
利用者の障害特性に応じたサービス支援のニーズを個別支援計画に反映しています。利用者は個別支援計画の目標に沿って、利用者自身が希望する日中活動に参加します。絵を描くことが好きな利用者は、自主製品のカレンダーの下絵づくりや、地域の展示会に向けた作品づくりなどに、個別に取り組めるようにしています。重度障害のある利用者の自立を支援することを柱に据えて、個々の利用者のニーズを事業所全体で共有し、サービス支援の内容が個別支援計画の目標に沿ったものであることを確認しています。また、日中活動の一環としての季節行事や、地域の高齢者施設での楽器の演奏や歌の披露など、各種のレクリエーション活動を実施しています。職員は、利用者がレクリエーションを楽しみ、自然な形で体を動かし、リラックスできるように支援しています。			
【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。	○	○
	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かつ適切な対応を行っている。	○	○
	行動障害など個別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>事業所は、医療的ケアに必要な利用者や身体障害を伴う重度障害のある利用者を多く受け入れています。体調不良のときや急に状態が変化したときなど、専門性に裏付けられた適切な対応が求められます。職員は、医師や理学療法士及び関係機関と連携し、常に専門知識の習得を図っています。フロアごとに、利用者の個々の障害特性に関する支援マニュアルを作成しています。機能訓練における利用者の腕やひざなど手足の動きの状態や、自閉症の行動障害への対応など、日々の利用者支援の状況をケース記録に記述し、特記事項として職員間の情報共有のための申し送り事項を活用し、ひとりの職員の気づきを全体で共有し、支援の統一性を図っています。</p>			
【非公表コメント】			

A-2-(2) 日常的生活支援		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>ほとんどの利用者は、日常生活の食事や排泄、入浴などの全介助を必要としています。年4回、歯科医が施設を訪問して個々の利用者の摂食相談に応じ、利用者に安全な食事形態を指導しています。多くの利用者はソフト食で、ペースト食やきざみ食の利用者もいます。職員は、材料や調理方法を工夫し、安全においしく食べられるように支援しています。また、入浴は全員ミスト浴装置を利用して、利用者が快適に安心して利用できるようにしています。送迎者への移乗は、安全性に配慮しリフトを用いています。職員2名が相互に声をかけて、安全性を確認しています。利用者の障害特性に配慮し、ストレンク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】			
職員が毎日清掃マニュアルに基づいて、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、サーキュレーターを設置して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、動線を確保したレイアウトになるよう工夫しています。建物の老朽化対策として、1階の畳スペースは床上げを行うことで、かびや湿気を防いでいます。また、2階の男性トイレに簡易ベッドを設置し、安全に排泄介助ができるようになりました。年3回専門業者に委託して、災害対策用備品や敷地内・建物内安全点検を実施し、また、2か月ごとに自主防災点検を実施し、車椅子のぶつかりがないように日ごろの利用者の動きに配慮するなど安全性の維持に努めています。			
【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。	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。	○	○
	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】			
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。整形外科医や理学療法士が年6回程度施設を訪問し、利用者を診断して機能訓練の個別メニューを作成します。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。利用者の状況によってはリハビリテーションセンターの医師や理学療法士、作業療法士のアドバイスを受け、専門的支援を得て利用者への支援に努めています。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、歯磨き支援や、テレビを見る順番を決めて利用者が安心してテレビが見られるようするなどの支援を行っています。また、外出支援の一環として、飲食店の協力を得てテイクアウト支援を実施し利用者が店舗で料金の支払いを行う行為など、個々の利用者の地域生活の自立に向け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		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】			
年2回の内科健診、歯科医健診、年1回実施の結核健診、生活習慣病予防検診を実施し、また、年5回の整形外科検診、年6回の理学療法士検診を実施しています。また、年4回の歯科医による摂食指導を実施し、個々の利用者の嚥下機能に応じた食事形態の指導を受けています。検温を含むバイタルチェックを毎日実施し、月1回の血圧測定(高血圧は毎日測定)や体重測定を実施しています。バイタルチェックや排泄チェックの結果を記録し利用者の健康状態の把握に努めています。体調不調の利用者は家族と連携し、必要に応じて医療機関が作成した指示書に基づいて緊急時の対応を行います。利用者の健康状態や家庭の状況に配慮し、必要に応じ職員が通院支援を行います。診察の結果や薬について記録システムに記入し、職員間の情報共有を図っています。			
【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。	○	○
	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】			
事業計画に医療的ケアが必要な利用者には、家族の了解のもとに主治医による指示書に基づいて支援することを明記し、職員に周知しています。3名の常駐の看護師を配置しています。嚥下障害、吸引、吸入、胃ろうなどの医療的ケアが必要な利用者が多く、看護師が医療機関の指示書に基づいて支援を行っています。服薬管理を徹底し、服薬事故防止を図っています。服薬は、利用者家族から薬を預かり看護師が医師の処方に基づき班ごとに配薬します。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服薬事故の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。			
【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。	c	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>社会参加の機会として利用者は自主製品の作成に取り組み、季節に合わせた創作活動を行っています。利用者が作成する自主製品には、カレンダー、エコバッグ、雑巾セット、ストラップ、ステんシル、ピアスなど多彩な製品があります。これらを地域の展示会など各種のイベントに出品して、地域住民との交流を図っています。利用者は自身の好みや得意・不得意の状況に応じて参加しています。また、利用者の外出支援の一環としてのテイクアウト支援を実施し、利用者が店舗で料金の支払いを行う行為など、個々の利用者の社会参加を支援しています。また、利用者の自治会活動を積極的に支援しています。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を自分たちの意思で決定します。職員は自治会活動を通して、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。利用者の多くは親と同居しており、自宅から通っています。そのため、家族の高齢化やレスパイトケアのための、グループホームやショートステイの地域の関係事業所との連携の必要性が高まっています。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。自治会役員会活動では、地域の飲食店マップを作成しています。送迎者に乗っている時に利用者が見たことのある店舗のイメージをマップで共有し、利用者が地域で意欲的に利用できるようにしています。また、利用者の外出支援を行い、コンビニや喫茶店での注文やお金の支払いなど、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把握して、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、家族への個別的配慮や支援が必要なケースがあります。週ごとに家族に電話連絡し、同行通院やヘルパー活用、在宅支援の必要性など週間予定の確認が必要になっています。職員は支援が必要と考えられる場合は、関係機関に連絡して、サービス支援に関する情報共有を図っています。利用者の体調不良時などには、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て、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	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
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		
【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）

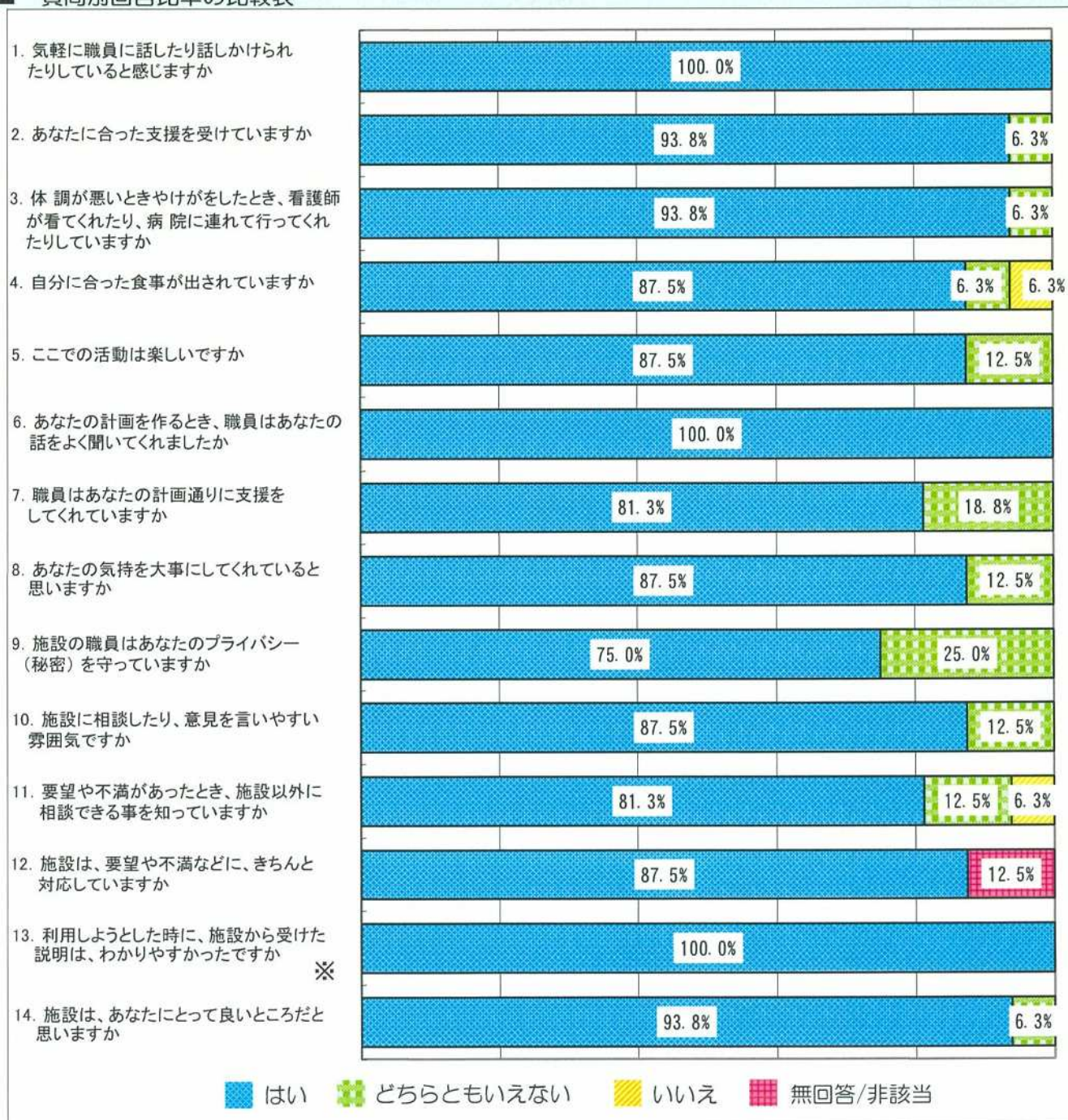
第三者評価利用者アンケート調査結果

サービス種別：【生活介護】
《事業所名： いぬくら 》

■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20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		
27 人		
共通評価項目による調査対象者数		
27 人		
共通評価項目による調査の有効回答者数		
16 人		
利用者総数に対する回答者割合 (%)		
59.3%		

■ 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	16	0	0	0	16	★★★
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
	2. あなたに合った支援を受けていますか	15	1	0	0	16	
		93.8%	6.3%	0.0%	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	15	1	0	0	16	
	93.8%	6.3%	0.0%	0.0%	100.0%		
サービスの提供	4. 自分に合った食事が出されていますか	14	1	1	0	16	
		87.5%	6.3%	6.3%	0.0%	100.0%	
サービスの提供	5. ここでの活動は楽しいですか	14	2	0	0	16	
		87.5%	12.5%	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	16	0	0	0	16	★★★
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
個別の計画	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	13	3	0	0	16	△△
		81.3%	18.8%	0.0%	0.0%	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	14	2	0	0	16	
		87.5%	12.5%	0.0%	0.0%	100.0%	
利用者個人の尊重	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	12	4	0	0	16	△△△
		75.0%	25.0%	0.0%	0.0%	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	14	2	0	0	16	
		87.5%	12.5%	0.0%	0.0%	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	13	2	1	0	16	△△
	81.3%	12.5%	6.3%	0.0%	100.0%		
相談・苦情への対応	12. 施設は、要望や不満などに、きちんと対応していますか	14	0	0	2	16	
		87.5%	0.0%	0.0%	12.5%	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	1	0	0	0	1	★★★
		100.0%	0.0%	0.0%	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	15	1	0	0	16	★★★
		93.8%	6.3%	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)
1	15	0	16	
6.3%	93.8%	0.0%	100.0%	

※上記質問の回答が「はい」の方への質問です

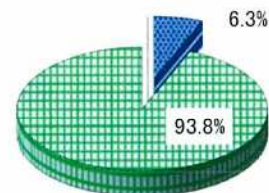
◆利用前に、サービス内容や利用方法について説明がありましたか

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

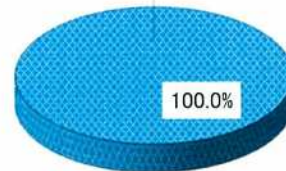
はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答/ 非該当	合計	(単位:人)
1	0	0	0	1	
100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	



■ 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	コロナで外出できなかったので、もっと外出したい。いろんな所に行きたい。	1
2	休んでいる時、咳はでませんかと電話で聞いてくれるのがうれしい。	1
3	相談支援センターの人に相談できる。	1
4	もっと外出して買い物したい。	1
5	色塗りの作業をもっとやりたい。	1
6	みんなと一緒にいるのが好き。	1

■ 福祉サービス第三者評価 自己評価集計（職員）

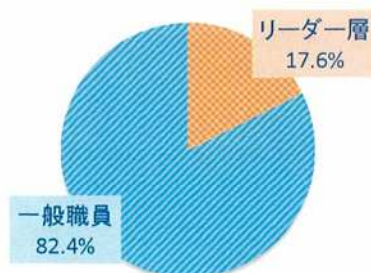
いぬくら

実施期間	2022年9月20日 ~ 2022年10月4日 ※10月12日到着分まで集計		
職員数	18人	回収数	17人
		回収率	94.4%

□ 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
3	14	0	17
17.6%	82.4%	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
 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。	5	11	1	0	0	17
	29.4%	64.7%	5.9%	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。	6	6	1	4	0	17
	35.3%	35.3%	5.9%	23.5%	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。	4	7	3	3	0	17
	23.5%	41.2%	17.6%	17.6%	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。	3	9	2	3	0	17
	17.6%	52.9%	11.8%	17.6%	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	11	1	1	0	17
	23.5%	64.7%	5.9%	5.9%	0.0%	100.0%

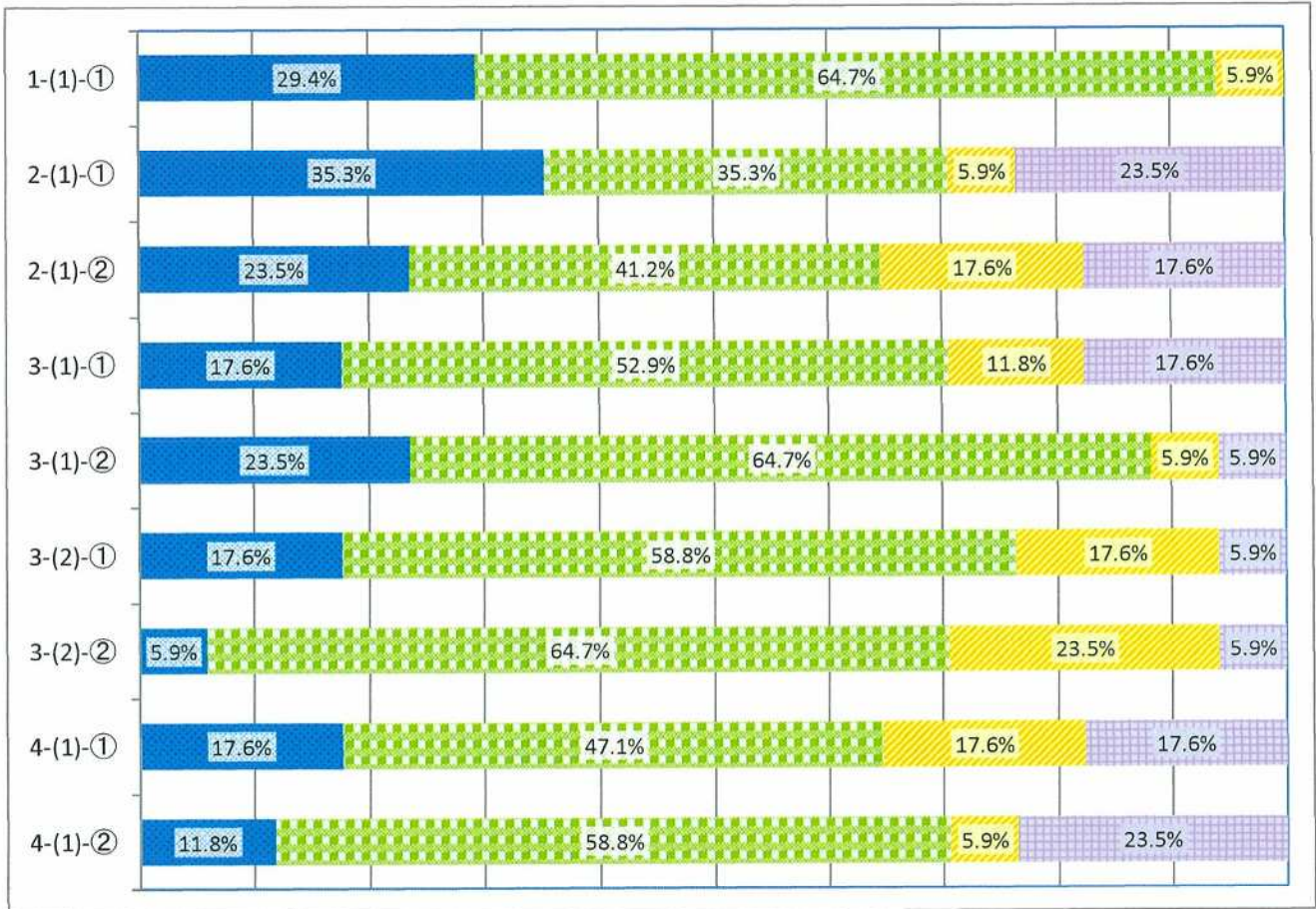
(2) 事業計画が適切に策定されている。

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。	3	10	3	1	0	17
	17.6%	58.8%	17.6%	5.9%	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。	1	11	4	1	0	17
	5.9%	64.7%	23.5%	5.9%	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。	3	8	3	3	0	17
	17.6%	47.1%	17.6%	17.6%	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。	2	10	1	4	0	17
	11.8%	58.8%	5.9%	23.5%	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。	3	9	3	2	0	17
	17.6%	52.9%	17.6%	11.8%	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。	5	8	2	2	0	17
	29.4%	47.1%	11.8%	11.8%	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。	2	11	4	0	0	17
	11.8%	64.7%	23.5%	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。	1	11	4	1	0	17
	5.9%	64.7%	23.5%	5.9%	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。	4	10	3	0	0	17
	23.5%	58.8%	17.6%	0.0%	0.0%	100.0%
15 ②総合的な人事管理が行われている。	2	11	4	0	0	17
	11.8%	64.7%	23.5%	0.0%	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。	2	12	3	0	0	17
	11.8%	70.6%	17.6%	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。	5	8	3	1	0	17
	29.4%	47.1%	17.6%	5.9%	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。	6	8	3	0	0	17
	35.3%	47.1%	17.6%	0.0%	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。	4	10	2	1	0	17
	23.5%	58.8%	11.8%	5.9%	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。	0	11	3	3	0	17
	0.0%	64.7%	17.6%	17.6%	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。	5	11	1	0	0	17
	29.4%	64.7%	5.9%	0.0%	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。	4	9	1	3	0	17
	23.5%	52.9%	5.9%	17.6%	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。

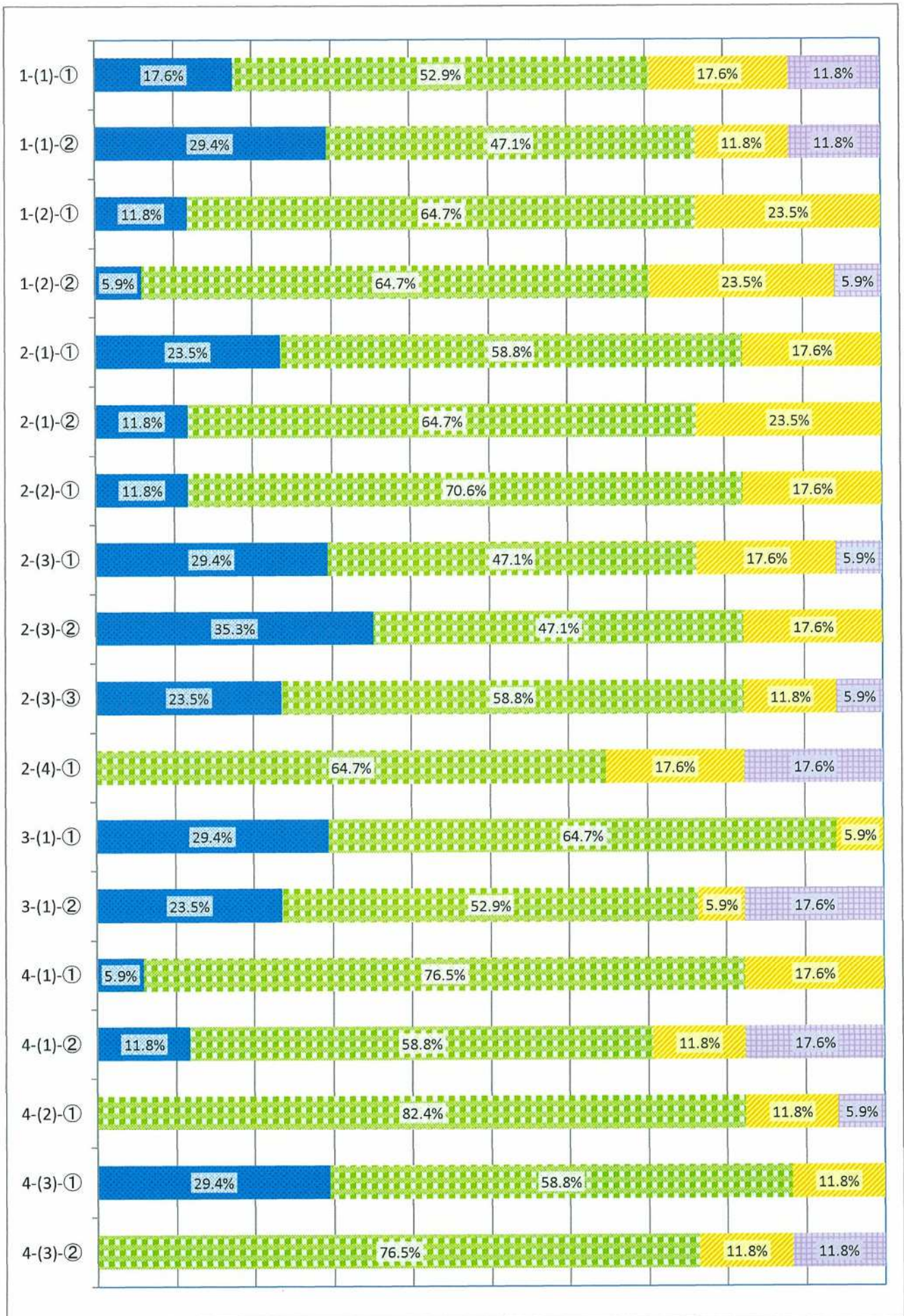
23 ①利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	1	13	3	0	0	17
	5.9%	76.5%	17.6%	0.0%	0.0%	100.0%
24 ②ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	2	10	2	3	0	17
	11.8%	58.8%	11.8%	17.6%	0.0%	100.0%

(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。	0	14	2	1	0	17
	0.0%	82.4%	11.8%	5.9%	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。	5	10	2	0	0	17
	29.4%	58.8%	11.8%	0.0%	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。	0	13	2	2	0	17
	0.0%	76.5%	11.8%	11.8%	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 52.9%	5 29.4%	2 11.8%	1 5.9%	0 0.0%	17 100.0%
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。	6 35.3%	9 52.9%	2 11.8%	0 0.0%	0 0.0%	17 100.0%

(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。	3 17.6%	12 70.6%	1 5.9%	1 5.9%	0 0.0%	17 100.0%
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。	5 29.4%	7 41.2%	2 11.8%	3 17.6%	0 0.0%	17 100.0%
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。	3 17.6%	9 52.9%	1 5.9%	4 23.5%	0 0.0%	17 100.0%

(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 17.6%	11 64.7%	3 17.6%	0 0.0%	0 0.0%	17 100.0%
-------------------------------------	------------	-------------	------------	-----------	-----------	--------------

(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。	3 17.6%	12 70.6%	1 5.9%	1 5.9%	0 0.0%	17 100.0%
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。	3 17.6%	10 58.8%	3 17.6%	1 5.9%	0 0.0%	17 100.0%
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。	4 23.5%	10 58.8%	3 17.6%	0 0.0%	0 0.0%	17 100.0%

(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。	5 29.4%	10 58.8%	2 11.8%	0 0.0%	0 0.0%	17 100.0%
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。	6 35.3%	9 52.9%	1 5.9%	1 5.9%	0 0.0%	17 100.0%
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。	6 35.3%	10 58.8%	0 0.0%	1 5.9%	0 0.0%	17 100.0%

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。

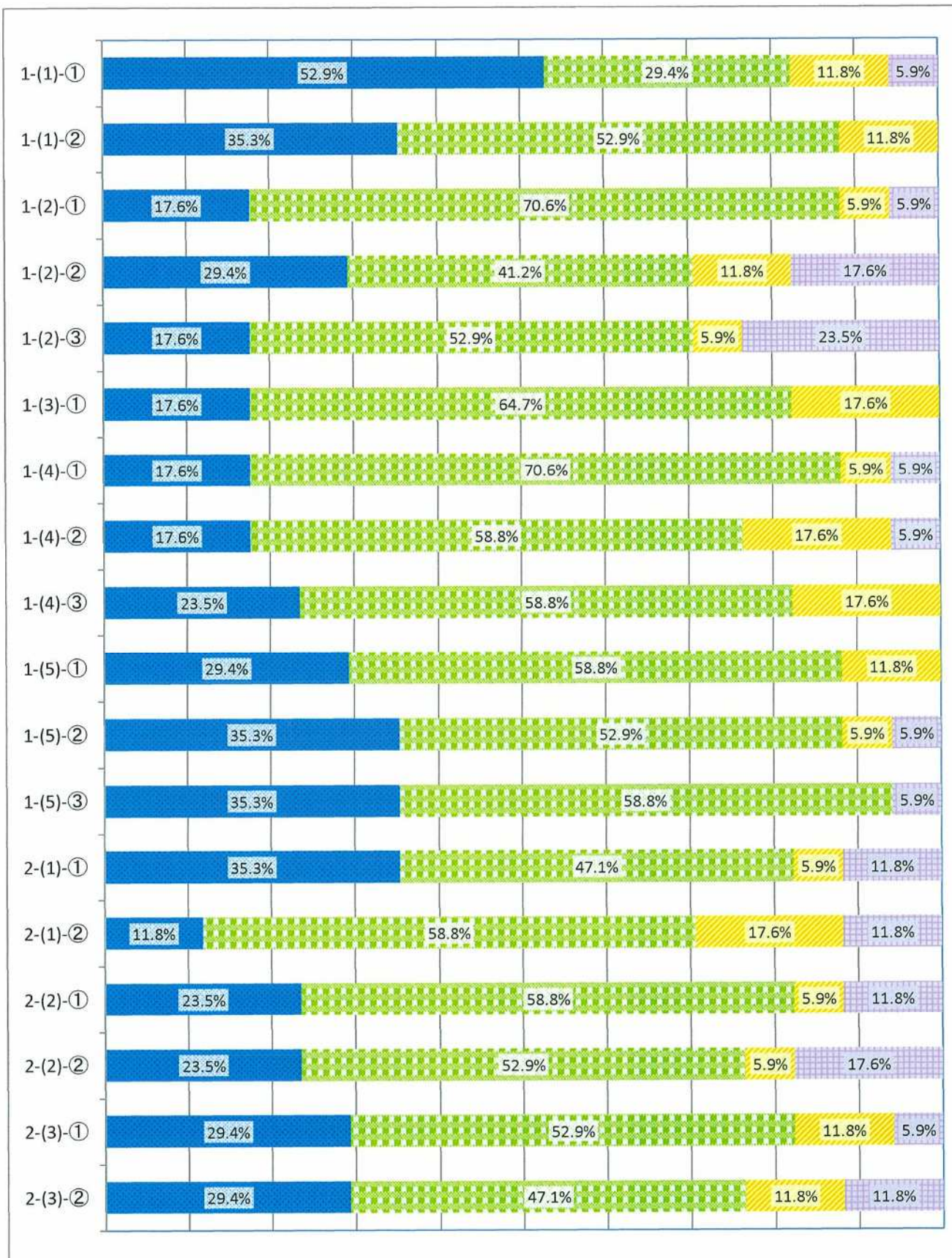
40 ①提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	6 35.3%	8 47.1%	1 5.9%	2 11.8%	0 0.0%	17 100.0%
41 ②標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	2 11.8%	10 58.8%	3 17.6%	2 11.8%	0 0.0%	17 100.0%

(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。	4 23.5%	10 58.8%	1 5.9%	2 11.8%	0 0.0%	17 100.0%
43 ②定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	4 23.5%	9 52.9%	1 5.9%	3 17.6%	0 0.0%	17 100.0%

(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。	5 29.4%	9 52.9%	2 11.8%	1 5.9%	0 0.0%	17 100.0%
45 ②利用者に関する記録の管理体制が確立している。	5 29.4%	8 47.1%	2 11.8%	2 11.8%	0 0.0%	17 100.0%



■ 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。	3	12	1	1	0	17
	17.6%	70.6%	5.9%	5.9%	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。	3	12	1	1	0	17
	17.6%	70.6%	5.9%	5.9%	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。	5	10	1	1	0	17
	29.4%	58.8%	5.9%	5.9%	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。	7	8	1	1	0	17
	41.2%	47.1%	5.9%	5.9%	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適切に行っている。	3	12	1	1	0	17
	17.6%	70.6%	5.9%	5.9%	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。	5	9	2	1	0	17
	29.4%	52.9%	11.8%	5.9%	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。	7	9	1	0	0	17
	41.2%	52.9%	5.9%	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な生活支援を行っている。	11	5	1	0	0	17
	64.7%	29.4%	5.9%	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。	4	12	1	0	0	17
	23.5%	70.6%	5.9%	0.0%	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。	9	7	1	0	0	17
	52.9%	41.2%	5.9%	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。	10	6	0	1	0	17
	58.8%	35.3%	0.0%	5.9%	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。	8	8	0	1	0	17
	47.1%	47.1%	0.0%	5.9%	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

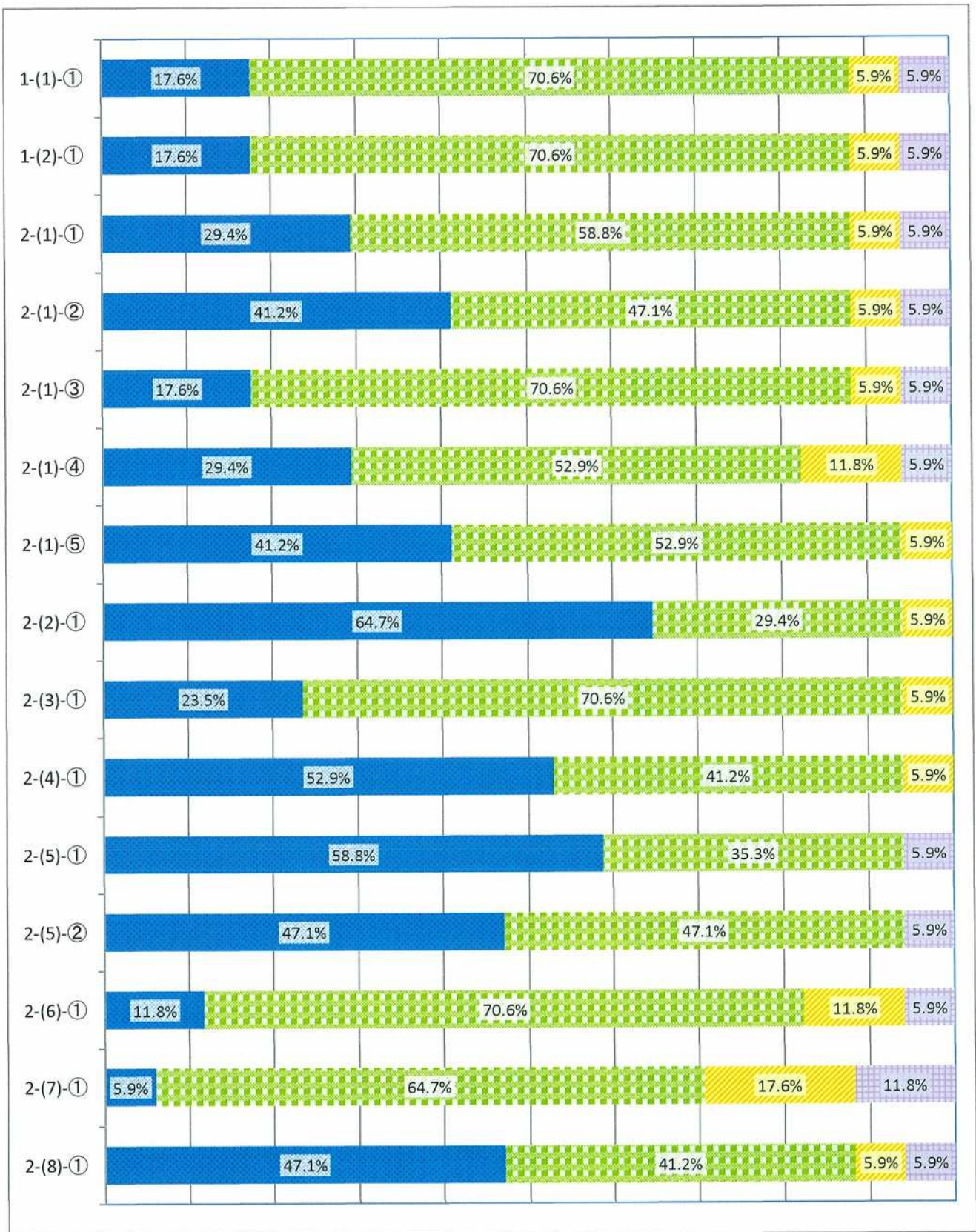
A13 ①利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	2	12	2	1	0	17
	11.8%	70.6%	11.8%	5.9%	0.0%	100.0%

(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。	1	11	3	2	0	17
	5.9%	64.7%	17.6%	11.8%	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。	8	7	1	1	0	17
	47.1%	41.2%	5.9%	5.9%	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	0	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	0	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	0	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	0	0

3-(1)-①									
4-(1)-①									
4-(1)-②									
4-(1)-③									

-  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)

いぬくら

※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	コロナ禍で活動が制限されることが続いていますが、事業所内で衛生管理を徹底していること。
2	職員と利用者の雰囲気穏やかであること。
3	身体状況に合わせて適切な食事を提供することができる。
4	休みは比較的取りやすい。
5	支援員同士の連携は取れている。
6	利用者と、常にコミュニケーションが取られている。
7	穏やかな雰囲気。
8	施設の雰囲気が明るいと思う。
9	なし。
10	残業時間が少なく、有給休暇が取りやすく、非常にワークライフバランスが取りやすい。
11	全体的に相談、話しやすい環境である。
12	給食がおいしい。
13	明るい。
14	コロナ禍の利用者の活動(外出など)を行うために研修などを行っているところ。
15	障がい状況に応じて、専門職の助言、指導のもと、訓練を行っている。
16	急なことがあってもシフトに対応してくれている。
17	なし。
18	PT診、整形診、摂食相談などを利用し、利用者の身体機能や健康の維持の取り組みは比較的充実している。
19	仕事面においても、ある程度の自由がきく。
20	利用者同士が話し合う自治会、役員会の機会を設けている。
21	なし。
22	送迎サービス時などを活用し、比較的保護者の声を聞く場が多く、職員もしっかりと耳を傾けている。

【特に改善したいと思う点】

1	必要人員の確保が時々スムーズでないこと。
2	利用者の社会参加の機会、情報提供が少ない。
3	職員の間人間関係が良くない。陰で悪口を言っている。経営層も把握しているはずだが、対策や対処がされていない。
4	法人内で行っているアンケートに意見が反映されたことがない。現場の意見を聞いている様子がない。やっている意味がない！
5	設備。

6	建物が古い。
7	上司に相談しにくい(好き嫌い…?)。
8	経営層には管理職としての業務をしてほしい。職員の育成をしてほしい。気分で物事を決めたり、人によって態度を変えないでほしい。利用者のことを「かわいい」と言うのを耳にすることがある。
9	利用者が職員の思い通りに動かなかった時に、赤ちゃんと言ったり、利用者を膝で押ししたりする場面を見かけた。来客の人が来所している時や、経営層が見ている所ではそのような行動を控える職員がいる。人目が付かない所で虐待のような行動を目にすることがある。
10	法人側だが、各国家資格を取っても、その資格を有する職でないと資格手当が出ないところ。
11	職員に考え方の幅があり、統一された支援を行えていない。
12	時々私語が多い。
13	利用者が落ち着いて個別に過ごす場所が設定できていない。
14	休みが取りやすいが、職員によって偏りがある。また、残された職員への負担が大きい。
15	スタッフ内の人間関係の配慮が欠けている。パワハラ事例もある。
16	昔からの職員の意見が強い。
17	施設自体が古い。重身向けの施設ではない。せまい。
18	利用者に対する職員の不適切な対応と声かけ。利用者にとってため口で話す。高圧的な態度。利用者に聞こえるところで仕事や人の悪口。
19	職員への注意を他の職員が見ている所で行ったり、冷たい態度をとるところがある。
20	特定の職員へ仕事の負担が大きい。
21	地域の関係機関との連携が弱い。
22	一部の職員が権力を持っている。また子どもがいる職員が多く、突発的な休みが多い等、もう少し職員の人事配置を考えてほしい。
23	職員によって態度を変えている。それにより、退職者も数名存在している。
24	休みづらい。本当はもっと休みたい。休みをとると、送迎がまわらなくなる、困る。
25	利用者支援が一つも実践されていない。個別支援計画を理解もしていなければ、読もうとすらしていない。
26	上司からのフォローがあると良い。

福祉サービス第三者評価結果報告書

受審施設	いぬくら
所在地	〒216-0011 神奈川県川崎市宮前区犬蔵3丁目13番15号
TEL	044-976-6955
施設長	施設長 住舎 泰子
評価者氏名	大埜嵩
	田中陽子
	寺田道子
	昼間真理

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

