
川崎市北部身体障害者福祉会館作業室

令和5（2023）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：	川崎市北部身体障害者福祉会館 作業室	種別：	障害者・児福祉サービス
代表者氏名：	施設長 渡辺 昌志	定員（利用人数）：	20（22）名
所在地：	213-0001 神奈川県川崎市高津区溝口1-18-16		
TEL：	044-811-6631	ホームページ：	https://www.ikuo.or.jp/facility/care-support/kawasaki-fukushikaikan/
【施設・事業所の概要】			
開設年月日	1982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： 6.6 名	非常勤職員：	1.0 名
専門職員	社会福祉士 2 名	介護福祉士	1 名
	看護師 1 名		
施設・設備 の概要	作業室 食堂共用	日常生活訓練室：会館共用 相談室：会館共用 集会室：会館共用 男性トイレ：会館共用 女性トイレ：会館共用 車いすトイレ：会館共用	

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(運営方針)

- ① 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し、法人の定めた「基本理念」、「基本方針」、「職員行動指針」及び諸規定等に基づき、地域社会における共生社会の実現に向けて、公共性及び信頼性の高い事業運営をめざします。
- ② 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ます。
- ③ 利用者の地域での暮らしに目を向け、地域社会との接点に広がりを持てるよう個別の状況に応じた支援及び障壁の除去に資する適切な福祉サービスを提供します。
- ④ 福祉サービスの提供にあたっては、事実に基づく記録を備え、根拠に基づく仮説をもって支援を提供し、その結果や効果を検証することでより良い支援内容となるよう、継続的に取り組みます。
- ⑤ 利用者・家族ともに高齢化が進んでいます。利用者個々のニーズに更に則したプログラムを展開します。
- ⑥ 障害者相談支援センターと連携を図りながら、利用者の地域生活におけるニーズを探り、日中の生活介護において果たすべき役割が担えるよう努めます。
- ⑦ 個々の利用者が、自身が居住している地域の社会資源を利用し、安心して充実した地域生活を送ることができるよう、各地域の情報収集及び提供を実施し、社会資源を利用するうえでの必要な援助及び助言を行います。
- ⑧ 生活介護事業としての役割が果たせるように、24時間365日の利用者の全生活を視野に入れ、一人ひとりのライフスタイルに合わせた支援を提供していきます。
- ⑨ 事業所の地域的活動範囲は、概ね川崎市高津区全域、川崎市北部身体障害者福祉会館作業室を中心として4.5 km以内の多摩区・宮前区・中原区地域までとします。

施設・事業所の特徴的な取組

以下の項目に視点を置いて、生活介護事業に取り組んでいます。

1. 縮小していた活動の再開

バザー販売の再開や近隣小学校の「総合の時間」での交流の再開など、新型コロナウイルス感染症の流行のために縮小していた活動を再開しています。また、地域の清掃やリサイクル活動に積極的に出かけ、地域での交流に広がりを生み出し、地域貢献につながるよう支援しています。

2. 地域交流の取り組みの推進

様々なボランティア団体に依頼し、新しい交流が生まれるように努めています。特に学生ボランティア団体等には、団体として継続的な関係性が築ける用働きかけるなど、新たな交流機会の創出と拡大を図っています。地域のイベント情報を収集し、見学や参加を通じて交流の和を広げています。

3. 日中プログラムの充実

自分自身の「健康」を意識することを目的に、中部リハビリテーションセンター、地域生活支援センターの専門職より助言を受け、個別健康維持のための運動等を週間として取り入れられるように努めています。また、利用者が主体性と自主性をもって取り組む活動として作業室の活動報告書作りを行っています。利用者が完成した成果物の配付にも関わり、主体的に取り組む楽しさを実感できるように支援しています。

第三者評価の受審状況

評価実施期間	(契約日)	2023年5月10日	～
	(評価結果確定日)	2023年12月8日	
受審回数(前回の受審時期)	2回	(2018年度)	

◇特長や今後期待される点

◆創作活動への取り組みが利用者の地域生活の豊かさにつながっています

利用者は、作詞、絵画、写真、パソコンアートなどの創作活動に意欲的に取り組んでいます。藍染作品、牛乳パックを材料にした紙すき葉書や押し花しおりなどを作成し、作品は施設内の「あゆみギャラリー」に展示するほか、川崎市内各地の展覧会等に出展して利用者が表現した世界を地域の人たちにアピールしています。また、「作業室あゆみブランド」として、主力商品である藍染作りのトートバックやブックカバー、巾着袋やティッシュケースなどを作っています。これらはバザーや市内各所のイベントで販売し、多くの人に知られるようになりました。職員は、創作活動が利用者の地域生活の生きる自信につながるように支援しています。

◆職員は、利用者の「～したい」の思いの実現に利用者と一緒に取り組みます

利用者の半数以上が重度の身体障害と知的障害のある人たちです。職員は、とすれば消極的になりがちな利用者の地域生活が広がるように支援しています。利用者は毎週開催している自治会で、自分が行きたい外出先など自分の思ったことを自由に主張しています。職員は、利用者が他の利用者の意見を聞きながらみんなで協力し、目的を持って行動することの大切さを示し、利用者が全員で行き先などを決定するように促します。外出を通して利用者がリフレッシュし、刺激を感じることで日々の生活の活力につながるように、利用者一人ひとりの興味と関心が広がるように支援します。また、自己選択と自己決定の機会に本人自身の自己責任で対応できるように支援します。

第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

1日半に及び訪問調査で、各項目について細部にわたるまで丁寧に聞き取りをしていただきました。

自己評価で○をつけられないと判断した内容が多かっただけに、聞き取りでさらに足りなさを痛感していただけたら、結果については、驚きともいえる高評価をしていただいた気がします。

しかしながら、自己評価、第三者評価ともに「b」の項目もありますので、常に「○」とつけられるよう速やかに改善に取り組みます。

また、その状態が継続できるような、体制づくりを進めていきます。

第三者評価結果表【共通評価】（障害者・児福祉サービス版）

共通評価基準（45項目）

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	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】			
「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、理念の実践に向けた5項目の基本方針を定めてホームページに掲載しています。規定集に基本理念等を明記し全職員に配付し、職員会議で説明し周知しています。また、年度初めの利用者自治会や家族会で基本理念や基本方針の遵守を明記した事業計画を配付し、理念の意味を分かりやすく説明して理念の周知を図っています。			
【非公表コメント】			

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a	a
	社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。	○	○
	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、管理職会議に出席し、法人全体の事業経営を取り巻く環境の変化や地域行政の障害者福祉計画等、また、インボイス制度の導入など最近の事業運営に関わる対策や課題の把握に努めています。利用者・家族の高齢化等に関する個々の利用者ニーズや、生活介護事業所としての地域における施設の役割など、施設運営の課題に対する具体策を事業計画に明記しています。また、通所施設としての利用率等の動向やコスト分析を行い、毎月法人に報告し、相談支援事業所等と連携し利用率の向上に努めています。</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や管理職会議及び管理職専門委員会等で法人運営の課題や問題点に関する情報共有を図っています。法人を取り巻く環境の変化に応じて中期計画の見直しを行い、課題対策の具体化を図り事業計画に反映しています。また、事業計画に事業経営の課題を明記し、職員に周知しています。令和5年度は法人の事業計画を受けて、コロナ禍で縮小していたバザー等の日中活動の再開や、地域交流の取り組みの推進等を掲げ、事業運営の課題に取り組んでいます。</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。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a	a
	中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	○	○
	中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。	○	○
	中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	○	○
	中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
5年ごとに中期計画(第3期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。法人では専門委員会(総務委員会、労務委員会、研修委員会、安全委員会等)を設置し、中期計画の見直しを毎年実施し事業所ごとの役割を明記しています。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明記しています。			
【非公表コメント】			

I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		b	a
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。	b	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。重点運営項目に「コロナ禍で縮小していたバザー販売等の活動の拡大」「地域交流の取組みの推進」「日中プログラムの充実」を掲げています。また、生活介護事業所としての役割を果たせるように、利用者一人ひとりのライフスタイルに合わせた支援を提供し、関係機関と連携し、安心して充実した生活が送れるように支援することを事業計画に明記しています。			
【非公表コメント】			

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b	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】			
事業計画は、12月に達成度を評価し、1月末に次年度事業計画の原案を作成し法人に報告し、3月に法人の理事会に報告され確定します。また、年度初めに前年度の事業報告書を作成し、6月に法人の理事会に報告しています。事業計画の策定に際しては、事業所内分掌ごとに全職員が参加して年間の活動計画を策定し、10月に事業計画の中間評価を行い法人に報告し、1月に年間の達成状況をまとめ次年度の事業計画に反映させます。4月の全職員会議で事業計画について話し合い、全員に周知し計画達成の意識の共有を図っています。			
【非公表コメント】			

I-3-(2)-②		b	a
共通 7	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】			
事業計画を利用者や家族に配付しています。2か月ごとに開催している家族交流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。令和5年度4月の家族交流会資料に事業計画についての説明が明記されています。毎週木曜日に利用者主体の利用者会自治会を開催しています。年度初めの利用者自治会では、バザーの開催はいつごろかなどの利用者の質問に答えるなど、利用者と言葉のキャッチボールをしながら説明しています。職員は、事業計画の必要な項目を、利用者が理解できるように丁寧に説明しています。			
【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。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a	a
	組織的に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】			
福祉サービスの質の向上を目的に、毎年利用者満足度調査を実施し、3か月ごとに権利擁護に関する職員自己チェックを実施しています。また、2年ごとに内部自主点検を実施し、5年ごとに三者評価を実施しています。昨年度は内部自主評価、今年度は第三者評価を実施しています。利用者満足度調査のアンケートの結果を一覧表にまとめ、課題ごとに施設の対策について明記して利用者に説明しています。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など項目ごとに評価項目を設定し、評価結果を分析し課題を把握しています。			
【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	b
	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】			
利用者満足度評価、内部自主点検、第三者評価及び権利擁護に関する職員の自己チェックの結果等に基づき、取り組むべき課題を明確にしています。利用者満足度評価結果の指摘事項一覧を作成し、個々の事項ごとに事業所の対策について明記しています。しかし、職員参加による分掌ごとの課題の達成に向けた計画等を明記したものはありません。職員参画のもとで課題達成に向けた取り組みの整備が望まれます。また、課題解決に向けた改善策を職員会議等で検討し、事業計画や組織目標に反映させて具体策を講じることが期待されます。			
【非公表コメント】			

Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a	a
	管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。	○	○
	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>年度初めに職員会議で事業計画と業務分掌、組織目標を伝えています。日々の打ち合わせや毎月の職員会議の中で事業者が担っている役割について理解を深めるように取り組んでいます。当会館として3事業があり、それぞれ異なる役割を担っています。施設長はこれらの3事業を統括しており、連携を図り合同での活動も行っています。業務分掌は作成されています。今年度はサービス管理責任者が施設長を補佐し、不在時の権限委任を担っています。</p>			
【非公表コメント】			
<p>業務内容を更に明確に示し、3事業の関係や合同の委員会等も理解しやすい組織図などの作成が求められます。</p>			

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>規定集にコンプライアンスに関わる資料一覧を明記して全職員に配付し、遵守すべき法令等は法人の年次研修や職員会議の場等で職員に周知しています。インボイス制度の導入等の最近の法制度の動向に配慮し、地域の事業者等との関係性に留意し、また、修繕等で業者に依頼する時は、必ず相見積もりを取るようして事業者との適正な関係の維持に努めています。施設で対応すべき環境問題にも配慮し、障害者へのバリアフリー等の合理的配慮や虐待防止の取り組み、送迎時の安全運転の取り組みなど、コンプライアンスを遵守した支援に努めています。</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。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	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】			
施設長は、職員会議や朝・夕の毎日の打ち合わせで利用者サービスの状況を把握し、記録システムのケース記録の内容に目を通し、サービスの質についての気づきを職員に投げかけ、課題の具体的な対策につなげています。また、行事や日課の中で職員から上がってくる課題を点検し、サービス管理責任者と関連の職務分掌の担当者を交えて検討し、改善のための取り組みを実行しています。職員数が少なく外部研修受講の調整が難しい事情もありますが、施設内部の伝達研修を行い職員の育成に努め、サービスの質の向上につなげています。			
【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、法人の管理者会議に参加し、総務委員会、労務委員会等専門部会の情報を把握し、施設の利用率や人員の配置等事業所の経営課題の対策の実効性を検討し、毎月法人に報告しています。また、事業計画の達成度の中間・年度報告を実施し、法人のモニタリングとアドバイスを受けて課題の達成に向けた組織内の意識の共有を図っています。ただし、利用者と職員の男女比率に偏りがあり、男性職員の休憩時間や休暇取得の調整が困難になっている状況があります。必要な職員体制を構築し、課題解決に向けた対策が期待されます。			
【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。		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a	a
	必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。	○	○
	福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。	○	○
	計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。	○	○
	法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
人材については法人で長期計画を立て、全体の配置や人材育成、採用活動を行っています。数年先を見越して計画的な採用活動を行い、各年次別育成モデルにより「法人が求める職員像」を目指しています。福祉の動向に目を向け、関係機関との情報交換を行い、オンラインも含めた就職説明会や、昨年度はインターンシップの受け入れも行い、人材確保に向けた取り組みを実施しています。研修委員会を設置し人材育成は法人で企画し、事業所から年次研修等に参加しています。また目標管理制度により人材の育成を図っています。			
【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。	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ます。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
法人規定には、人事労務関係として就業規則や役付職員登用の規定等があります。役付職員登用については、人事考課表をもとに自己評価、面接評価により行っています。職務については、目標管理制度によりその取り組みを評価しています。法人の方針から事業所の組織目標と職員各自の目標管理に連動性を持たせています。職員は目標管理制度の施設長等の面談や毎年実施している職務内容や異動等に関する職員の意向調査を通して、働き方や数年後の自分のあり方を考え、自身のキャリアアップを図っています。			
【非公表コメント】			

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b	b
	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】			
全介助が必要な生活介護の利用者が多い中で職員数が少ない状況です。有給休暇は年間5日は取得できていますが、それ以上の休暇はチームで調整して取るようにしています。時間外労働は計画的に事前申請とし、月2回の職員会議や行事以外は最小限にしています。メンタルヘルス推進担当者を配置し定期健康診断やストレスチェックを毎年行い、また、目標管理制度や意向調査時の面談時にも相談を受け職員の健康状態の把握に努めています。法人で福利厚生機関に加盟し活用しています。			
【非公表コメント】			

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b	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>目標管理制度を用いた人材育成を行っています。法人の組織目標に基づいて事業所の組織目標を決定し、職員各自が事業所の目標との整合を図り、自己目標を設定しています。多くは業務の中でスキルアップにつながる課題を設定して取り組み、成果につながるようにしています。施設長は、目標設定にあたり職員と面談を行い、年度内の目標達成を目指して取り組むように指導しています。一人ひとりの目標を把握し、業務中でも声をかけ目標の進捗状況を把握し、目標達成に向けて情報の共有を図っています。</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。	b	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」を整備し、法人が求める職員像や職員行動指針等を明示しています。研修委員会を設置し年次研修を実施し、カリキュラムの見直しを行っています。法人の人材育成の柱に階層別年次研修を置き、積み上げて成長につなげています。人材育成方針に職員一人ひとりの成長がサービスの質の向上や組織の活性化につながることを明示し、職種別・職務別研修を実施し看護職員研修やサービス管理責任者研修等専門職の育成を図っています。研修参加者は復命書を提出し研修資料を職員に回覧し、研修の成果を他の職員と共有しています。</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】			
法人では職員の資格や経験等を把握しており、年度初めに法人より階層別年次研修計画日程が示されます。事業所で該当職員の勤務調整を行い参加しています。専門職は職種別・職務別研修を受講しています。事業所では身体障害者支援や車椅子、リフターの使用などの専門知識が必要で、経験のある職員からのOJTや、他事業所見学を実施して専門性の育成を図っています。また、摂食の全介助が必要な利用者特性に習熟した専門性の強化を図っています。法人の年次研修とあわせて外部研修を活用し、利用者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。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	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】			
福祉系の大学より依頼されて保育士の実習生を受け入れています。実習生に施設が地域の社会資源であることを知ってもらい、今後社会福祉を担っていく人材の育成につなげています。実習のプログラムは、各大学等の実習の目的に沿って、実習目的の達成に向けたプログラムを設定しています。「実習性受け入れマニュアル」を作成し、守秘義務や障害のある個々の利用者の尊厳を守る支援のあり方等について実習生に周知しています。また、地域の中学校の職業体験や夏休みのボランティア体験等の受け入れを実施し、地域の福祉文化の向上に努めています。			
【非公表コメント】			

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a	a
	ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。	○	○
	福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。	○	○
	第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。	○	○
	法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。	○	○
	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、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。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「北身館だより」を年2回発行し、利用者の日中活動や外出活動、及びバザーの販売活動などを掲載し、家族や関係機関に配付して施設の活動内容を伝えています。			
【非公表コメント】			

共通 22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a	a
	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。	○	○
	福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。	○	○
	福祉施設・事業所の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。	○	○
	外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
監査法人による会計監査人を設置し、年度ごとに法人全体の会計監査人監査を実施し、監査結果をホームページに開示しています。会計監査人による法人内各事業所の内部統制評価を実施し、会計上のデータを確認し毎年5月に監査結果を法人の監事に報告しています。会計監査人監査のほかに法人監事監査を実施しています。施設ごとに内部統制について確認し、法人監事による監事監査会を5月に実施しています。令和4年度の監事監査の結果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。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 23	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a	a
	地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。	○	○
	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】			
事業計画に、当法人の理念に基づいた健全な事業展開を行い、地域住民との交流を図り、障害への理解を深めていくことを明示しています。また、地域の催し物等へも積極的に参加し、地域の中で利用者が意欲的に活動していけるように努めることを明記しています。北身館フェスティバルを開催し、地域の関係機関と連携し、地域住民に広く障害者の福祉についての関心と理解を深めるための取り組みを実施しています。また、個々の利用者特性に配慮し、コンビニエンスストア等での買い物体験を支援し、利用者が安定した地域生活を送れるように支援しています。			
【非公表コメント】			

Ⅱ-4-(1)-②		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 24	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	a
	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】			
事業計画に、利用者の地域社会生活を支えてくれるボランティアの育成に努め、ボランティアが利用者の生活全般について援助者になっていけるように努めることを明記しています。特別支援学校を対象に施設見学や体験実習を実施しています。また、バザーの販売や北身館フェスティバルで多くのボランティアが支援しています。日頃の日中活動の中でもボランティアの支援で、車椅子の利用者が積極的に外出の時間を楽しんでいます。障害者への支援や地域福祉に関心のある学生のボランティアを募集し、日々の活動を通して障害者を支援するボランティアの育成を図っています。			
【非公表コメント】			

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 25	Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b	a
	当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。	○	○
	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】			
地域の相談支援センターや訪問介護事業所、グループホーム等関係機関と連携し、個々の利用者の障害特性に応じた支援に努めています。また、川崎市障害福祉施設事業協会に加盟し、定期的に連絡会等に出席するなど連携に努め、地域の関係機関とのネットワークを構築し、共同で各種行事の開催に取り組み、また、施設長が高津区のボランティアセンター運営委員となり、関係機関との連携を図っています。川崎市や高津区の絵画や書道の作品展示会、川崎市文化財団が主催するColorsかわさきの障害者の芸術活動への取り組み等に積極的に参加しています。			
【非公表コメント】			

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a	a
	福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
地域の相談支援センターやグループホーム等関係機関との連携の中で、福祉の観点から住民の困っている状況等の情報把握に努め、地域のニーズを把握して事業所で何ができるかを検討しています。麻痺や身体に障害のある利用者を受け入れている施設の特性から、同じような障害者にとって地域で安心できる居場所としての潜在的ニーズに対応しています。また、高津区の災害発生時の二次避難場所に指定されており、防災拠点としてのニーズに対応し、災害発生時の緊急時に備えています。			
【非公表コメント】			

共通 27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a	a
	把握した福祉ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。	○	○
	把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。	○	○
	多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。	○	○
	福祉施設・事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極的に行っている。	○	○
	地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。	○	○
【第三者評価結果についてのコメント】			
川崎市社会福祉協議会主催の「地域生活支援SOSかわさき事業」に法人として参加しています。分野・領域を超えた社会福祉法人のネットワークを構築し、生活困窮者への食料、衣類の支給等の公益活動を推進しています。また、特別支援学校の生徒を対象にした夏休み施設見学会を開催し、地域の福祉ニーズに対応しています。災害発生時の防災拠点として避難場所を提供し、また、地域の公益的事業・活動の一環として、毎月会館周辺の二ヶ領用水沿いの植え込みの清掃を実施しています。			
【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。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	b	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】			
法人の職員行動指針、職員行動計画に利用者の尊重を明示し、職員行動計画を毎週読み合わせて職員に周知しています。法人主催の虐待防止マネージャー研修を開催し、また、事業所で毎月職員全員が参加して虐待防止委員会を開催し、利用者の声や日頃の支援を振り返り、基本的人権や利用者尊重に関する職員の意識の強化を図っています。事業計画には、利用者の自立と生きがいにつながる目標の達成に向けて努力することを明記し、職員は潜在化した利用者ニーズの把握に努め、利用者の思いを個別支援計画に反映させ実現に向けて支援しています。			
【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。	b	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】			
法人の個人情報保護規定やプライバシーポリシーを掲げ、職員行動計画に具体的な事例を示し、利用者のプライバシー保護を徹底することを明記しています。また、利用者支援標準マニュアルに各支援の中でのプライバシーへの配慮を記載しています。事業所の設備状況の中で利用者が快適に過ごせるように工夫しています。作業室をついたてやカーテンで仕切り、車椅子から降りて体を伸ばす場所を確保しています。3年ごとの契約時にはプライバシーについて利用者や家族に説明し、写真の使用の同意についても確認しています。			
【非公表コメント】			
車椅子の利用者が増え、現状の広さと設備の中でできる工夫しています。利用者にとって他者の視線が気にならないとは言えない状況であることも事実で、さらに利用者寄り添いプライバシーを守る工夫を期待します。			

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。		園の自己評価結果	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。	b	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】			
法人の理念や基本方針を明記したパンフレットを会館の前に設置し、通りがかりの誰もが手に取れるようにしています。法人や川崎市のホームページに会館の情報を掲載し、広く市民に公開しています。高津区の地域福祉活動事業の取材を受けたことがあり、施設の活動の様子がホームページに掲載されています。パンフレットは創作活動の様子など写真等を用いて分かりやすく表現し、写真は個人情報の保護に配慮し誤解を生じないように加工して紹介しています。また、見学や体験利用の希望者には個別に丁寧に説明し、施設の理解に努めています。			
【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。	b	b
	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】			
利用開始に際しては、3日間の日中作業の実習を体験してもらいます。契約時点では利用者本人がやってみて楽しかったことや利用希望があることを確認し、重要事項説明書等を利用者や家族にわかりやすく説明し同意を得ています。しかし、障害のある利用者への分かりやすい説明の点では、特に資料を作成していないため十分とはいえず、工夫の余地があります。利用中の変更事項は書面等をかみ砕いて説明したり、体験したりすることでより理解できるように配慮しています。職員は、利用者の真意の把握に努め、利用者の意思決定を尊重した支援に努めています。			
【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。	b	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】			
他の施設等への移動では家族や関係機関と連携し、見学に同行し利用者が安心して対応できるようにしています。利用者本人の思いを確認し、利用者が納得し新しい施設等に定着したことを確認した上で移動の手続きをとります。退所後に利用者への必要なサービスが提供されることを確認し、移動先から要望される情報提供の内容に応じた必要な書面等を提供しています。退所後はサービス管理責任者が窓口となり、相談に応じることを伝えています。退所した利用者が立ち寄りが多く、退所後もいつでも気軽に施設を訪問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。		園の自己 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】			
毎年秋に利用者満足度調査を行っています。12月に集計し、利用者への回答が必要な事項一つ一つに対策を明記して利用者・家族に説明しています。利用者自治会を毎週開催し、利用者の要望や行事の満足度などを把握しています。職員は、発言力のある利用者の意見だけでなく、つぶやき程度の利用者の意思表示でも丁寧に受け止めて話題にすることを心がけています。利用者満足度調査で配食見直しの要望があり、他社の試食や費用負担、栄養バランスなど比較し現状の継続となりましたが、新たにリクエストランチの日を設けて食事を楽しめるようにしました。			
【非公表コメント】			

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b	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】			
「苦情解決規定」を策定し苦情解決の体制や仕組みを整備し、重要事項説明書に記載し契約時に利用者や家族に説明しています。苦情解決の仕組みや窓口、連絡先及び第三者委員を明示したポスターを掲示し、利用者等に周知しています。職員は、毎朝利用者の思いを聞き取り、苦情や不満に思っていることがないかを確認しています。苦情解決担当者を定め、利用者の苦情や要望を整理して、毎月第三者委員会へ報告しています。今後は利用者・家族に配慮し、苦情内容や対応策について広報誌等に公表し、サービス改善につなげる取り組みが期待されます。			
【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。	b	b
	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】			
朝の会、帰りの会では多くの利用者が発言し、週1回の利用者自治会では、利用者主体で行事の内容等を決めており、職員は利用者が自由に思った事を発言できる環境づくりに配慮しています。また、職員は相談したいことがあれば、相談室や食堂、和室、静養室など利用者が安心して話ができる環境を整えています。今後は、利用者の相談対応マニュアルの作成が望まれます。利用者が、自由に申し出ることができて、複数の相談の方法があることなどを分かりやすく示し、職員に何でも話ができる雰囲気づくりと環境整備の対策が期待されます。			
【非公表コメント】			
事業計画には利用者が発言できる機会や自信を持てるなどさまざまな取り組みが示されており、事業計画の説明の際に利用者や家族に伝えています。加えてポスターのような全ての利用者に分かりやすい呼びかけを掲示し、発言の少ない利用者が自主的に相談できるような働きかけを検討してはいかがでしょうか。			

共通 36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	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、毎朝利用者の困り事や不安などを聞き取っています。相談は別途時間を設定し、相談室等で面談をしています。利用者の相談内容に応じて朝・夕の打ち合わせで共有し対策に取り組んでいます。事業所以外での困り事は本人の話を整理し、事実の確認や、伝え方など本人の意向を聞き対応しています。今後は、相談対応マニュアルの整備が望まれます。マニュアルに相談を受ける手順や方法、相談内容に応じた対応や緊急性への配慮、職員間の情報共有の仕組みのルール化等を記述し、その上で苦情につなげる等の処置が求められます。			
【非公表コメント】			

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		園の自己評価結果	第三者評価結果
共通37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b	a
	リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。	○	○
	事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。	○	○
	利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。	○	○
	収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。		○
	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。		○
	事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。		○
【第三者評価結果についてのコメント】			
「危機対応マニュアル」を作成して危機管理の基本方針を明記し、法人として対応すべき危機管理や緊急時の対応に備えています。また、「ヒヤリハット・事故発生と事後対応マニュアル」を作成し、重要度のレベルに応じた処置と報告体制を明示し、職員に周知しています。ヒヤリハットは記録システムに記録し毎日の打ち合わせで共有する仕組みになっています。伝言メモを活用し、ヒヤリハットの気づきをホワイトボードに貼付し、職員全員の注意を喚起しています。また、毎日退館時点検表を用いて安全チェックを実施し、事故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	b
	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、食中毒や感染症予防・まん延に関する対策を実施しています。毎週新型コロナウイルス抗原検査を実施し職員全員の感染状況を検査し、また、毎日「感染症状況把握表」を用いて利用者や職員の体調をチェックする等の対策を講じています。汚物処理検査キットを用いて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、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。しかし、感染症対策マニュアルの整備は不十分です。今後は、マニュアルを作成し、感染症予防や緊急時の対応の職員の注意と迅速対応を徹底する対策が望まれます。			
【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	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>「危機対応マニュアル」「大規模地震発生時の対応マニュアル」等のマニュアルを整備し、防災委員会を毎月開催し、災害時の避難訓練等の対策を推進しています。火災・地震・水害等を想定し年12回の防災訓練を実施し、3月と9月は総合防災訓練として消防署と連携し、災害時の通報訓練等を施しています。「BCP(事業継続計画)川崎市北部身体障害者福祉会館・作業室・川崎市わーくす高津」を整備し、大規模災害発生時のBCP発動基準やライフライン復旧の初動対応、及び利用者・職員の安否確認や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や常備薬など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。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b	b
	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、日中活動支援、食事支援、送迎支援、トイレ支援、服薬支援等の標準プロセスを明記しています。また、利用者ごとに支援の手順に変更があれば、伝言メモを用いてサービス管理責任者が状況を把握し、朝夕の打ち合わせで職員に周知しています。今後は、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た支援手順書の作成が求められます。職員の知識と経験のみに頼るのではなく、利用者ごとのサービス支援の文書化による、緊急時等の支援の統一性を図る取り組みが望まれます。			
【非公表コメント】			

共通 41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b	b
	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】			
サービス管理責任者が職員のサービス支援の状況を把握し、マニュアルの見直しの必要性について職員会議で検討し、必要に応じて見直しを実施しています。また、職員は、個別支援計画に応じて個々の利用者支援の見直しを行い、支援が実施されていることをケース記録に記述し職員間の情報共有を図る仕組みです。しかし、利用者支援標準マニュアルの定期的見直しは実施していません。今後は、分掌ごとにマニュアル見直しの担当職員を配置し、利用者支援の状況の変化を年度ごとにチェックしマニュアルに反映させる取り組みが望まれます。			
【非公表コメント】			

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	b	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】			
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把握しています。「ニーズ整理表」を作成して支援課題を整理し、個別計画支援に反映しています。ニーズ整理表に本人の希望や強み、支援課題を明記し、サービス管理責任者が個別支援会議で職員の意見を集約し、個別支援計画を策定しています。記録システムを導入し活用することで、アセスメントから個別支援計画の策定、計画実施のモニタリング及びサービス実施の記録等の標準化を図り、職員間の情報共有と支援の統一性を図っています。			
【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。	b	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、及び必要に応じ随時個別支援計画の見直しを実施しています。半年ごとに個別支援計画の達成状況を評価し、モニタリングシートを作成しています。本人・家族に「リアクションシート」を作成してもらい、面談の時に本人の個別支援計画に関するニーズの変化等について確認しています。モニタリングシートは、個別支援計画の支援課題・支援目標、目標の達成状況、本人が行ったこと、支援員が行ったこと及び総合初見が明記されています。評価結果をもとにサービス管理責任者が個別支援会議を開催し、情報を共有し次期計画に反映しています。			
【非公表コメント】			

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
共通 44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b	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日々のサービス提供の記録だけでなく、個人情報などの利用者の基礎情報や会議録、医療情報、朝・夕の打ち合わせの話題等、多岐に及ぶ情報が記録されています。職員は、個別支援計画の目標に沿って日々の利用者支援が実践されていることをケース記録に記述します。施設長が月ごとに個人別に印刷してケース記録の内容をチェックし、課題を指摘し職員へのアドバイスを行っています。			
【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。	b	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。また、「個人情報保護規定」を策定し、施設長が個人情報保護管理責任者となり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		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
A1	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	b	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>利用者ができることは可能な限り見守りを行い、利用者の自己決定とエンパワメントの広がりにつながるように支援しています。「作業室からのお知らせ」や「北身館だより」の題字は、利用者がパソコンで作成しています。また、絵を描くことが好きな利用者は、川崎市内のいくつかの作品展に応募しています。職員は、利用者の意向を尊重し、衣類等身の回りを整える相談にのったり、買い物に同行したりしています。また、美容室等の予約やヘルパー同行での買い物の依頼を自分でできるように、見守りながら利用者が自主的に行動するように支援しています。さらに、地域の関係機関と連携し相談しながら、利用者が自分の意思を伝える方法を身につけられるように支援しています。日中作業や各種施設の行事についても事前に利用者の希望を聞き取るようにしています。日中の外出等も可能な範囲で行き先を明確にし、外出の目的を利用者自身が意識できるようにしています。</p>			
【非公表コメント】			

A-1-(2) 権利擁護		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
A2	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	b	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>法人の理念や基本方針に、利用者の権利擁護について明記しています。また、職員行動指針や職員行動計画を策定し、利用者の権利擁護について具体化し、職員に周知しています。職員は、毎週朝の打ち合わせで職員行動計画を読み合わせ、権利擁護の意識の徹底を図っています。利用者や家族には3年ごとの契約更新時にプライバシーポリシー等について説明し、また、個別支援計画を策定する際の面談では、権利擁護に配慮し本人の自己決定を尊重した個別支援計画であることを説明しています。毎月虐待防止委員会、身体拘束適正化委員会を開催し、権利擁護に関する職員の意識の強化を図り、利用者支援に不適切な行為がないことを確認しています。身体障害や車椅子利用の利用者が多くっており、安全性を本人も含めて検討し、身体拘束のない支援を心がけています。権利擁護に関する職員のセルフチェックを3か月ごとに行い、職員が自らの行為や発言を振り返り注意を喚起しています。</p>			
【非公表コメント】			

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
A3	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	b	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】			
職員は、利用者と一緒に考え、「～したい」の利用者の思いの実現に努めています。個別支援計画に本人の希望を記載し、その実現に向けてできることやできると思われる動作を見守りながら、課題解決に取り組んでいます。ヘルパーとの関係づくりでストレスを感じている利用者がある場合には、職員は利用者の見守りを基本として人間関係の大切さを伝えていきます。家族の高齢化等でグループホームの利用が必要な利用者には、職員は地域のグループホームの体験利用を支援し、利用者の不安の解消に努めています。また、家族のレスパイトケアを目的としたショートステイの利用を支援しています。日中活動のドライブでは、利用者が目的を持って行動することを大切に、それが利用者の生活を自分で組み立てたり、地域での生活の幅を広げることにつながるように支援しています。また、行政やさまざまな手続きを自分で行えるよう、手順を踏んで支援しています。			
【非公表コメント】			

A4	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	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】			
職員は、個々の利用者の障害特性に応じてコミュニケーションの手段を工夫しています。言語や筆談に加えタブレットを使った文字入力等を工夫し、個別に話し合う機会を設け、利用者の意思を受け止めるようにしています。言葉のキャッチボールを行い、短い言葉で受け止めたことを確認し、利用者の思いを把握し、本人が本当に伝えたい思いの把握に努めています。利用者間の感情の高ぶりもあり、職員が双方の気持ちを代弁したり状況を説明したりすることで、相手を理解したり受け止めたりできるように支援しています。利用者の選択の場面では、利用者のしたい事、したくない事を一覧表で示して状況を説明し、お互いに譲り合う気持ちの大切さを伝えていきます。職員は、利用者が人に伝えたり、人の意向を受け止める機会を持ち、コミュニケーション力を高めるよう取り組んでいます。また、家族や関係機関からの情報も得て、利用者が伝えたいことを汲み取るよう配慮しています。			
【非公表コメント】			

A5	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a	a
	利用者が職員に話したいことを話せる機会を個別に設けている。	○	○
	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、利用者から相談の声かけがあれば必ず受け止め、解決に必要な対応を行っています。相談の内容により、その場や帰りの打ち合わせで職員間の情報共有を図り、解決策を検討しています。職員の考えを利用者に押し付けることがないように配慮し、利用者の思いを捉え、その対応で良いかを本人に確認してから支援を行います。各職員の気づき等を自由に報告し合い、職員全体の視点で利用者への適切な対応を検討しています。職員は、利用者が何でも自由に言える雰囲気づくりに配慮し、「話したいことはない？」と優しく声をかけ、利用者の思いを把握するように努めています。家庭内のトラブル等で利用者が不安に感じているケースが生じた場合、利用者の個別支援に関わる相談があればサービス管理責任者を交えて対策を検討し、必要に応じて個別支援計画に反映するようにしています。			
【非公表コメント】			

A6	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	b	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】			
個別支援計画作成時にアセスメントを行い個々の利用者のニーズ整理票を作成しています。利用者の思いを尊重し、日中活動への参加を支援しています。自主製品の紙すきしおりや藍染め、ペットボトルなどのリサイクル活動、地域清掃活動、絵画や書道などの創作活動を行っています。また、心身の健康維持のためのウォーキング、ストレッチ、ポッチャ、ダンス、風船バレーなどのほか、地域の様々なイベントを紹介し、会館共同のフェスティバル、季節行事、グループ外出など多様なプログラムを行っています。日中活動は、個人主体の活動とグループ主体の活動があります。個人活動は事前申請の上、グループ活動は計画的に取り組めるよう手順を決めています。日中活動を個別支援計画に反映し、6か月ごとに利用者の状態や意向により各プログラムの内容の見直しを実施しています。			
【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。	b	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>身体障害の利用者が多く、それぞれの障害状況に応じた介助の専門知識や技術の習得を必要としています。法人内の重度身体障害者施設に利用者とともに出向き交流する中で、適切な利用者支援について学びます。特にリフト使用時のリフティング姿勢等に注意し、経験豊富な職員がOJTで職員を育成し、個々の利用者に適切な介助法を適用しています。また、川崎市内の障害者センターで車椅子の調整等をしてもらう際に、適切な座位の取り方や操作のレクチャーを受け、利用者が加齢により座位での痛みが強くなってクッションを交換するなど、専門職の指導を受けながら利用者支援に努めています。利用者が自分の思いを職員に伝えることができずに精神的に不安定になり、職員にしがみつく等の行動障害を起こすことがあります。職員は、利用者の思いを把握し、家族や関係機関等関係者との情報共有を図り、適切な支援に努めています。</p>			
【非公表コメント】			

A-2-(2) 日常的な生活支援		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
A8	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	b	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>昼食は配食弁当を提供しています。利用開始時の調査票で嗜好やアレルギーの有無等を確認するほか、嗜好調査を行い、利用者一人ひとりの好みやアレルギー食材に配慮した弁当を提供しています。衛生管理マニュアルに基づいて、衛生的であることやアレルギーの食材が使用されていないか事等、職員が弁当を毎日チェックして、摂食事故の防止に努めています。入浴サービスは実施していませんが、必要に応じて着替えや汗拭き等清拭を行っています。排泄は、利用者の大部分が全介助または一部のトイレ介助が必要です。また、ほぼ半数の利用者が車椅子を利用しており、移乗時の全介助が必要な利用者は3名です。送迎に際しては、職員は1対1の支援を行い、送迎車への移乗時等の事故防止に努めています。職員は、個別支援計画の目標に沿った支援が実践されていることをケース記録に記録し、職員間の情報共有を図っています。</p>			
【非公表コメント】			

A-2-(3) 生活環境		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
A9	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	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>施設内の作業スペースやトイレ等は、「会館内掃除チェック表」を用いて毎日清掃、消毒を実施しています。設備備品に経年による老朽化がみられることから、職員全員で日常的な使用と安全性を心がけ、片付け、清掃を行い、利用者の事故防止に努めています。また、作業室に加湿器や空気清浄機を設置し、利用者が快適に過ごせるようにしています。トイレは車椅子利用者や身体障害者の転倒防止に配慮し、抗菌マットを敷いてスリッパの履き替えを変更したことで利用しやすくなりました。また、利用者が個々に思い思いに休憩できるように、作業室の他に静養室や相談室、和室、玄関先の休憩所を開放し、いつでも休めるようにしています。また、「退館時点検表」を用いて施設内の安全性をチェックし、作業用の机や椅子などが老朽化して危険が生じていないかを点検し、利用者が安全に安心して生活できるように配慮しています。</p>			
【非公表コメント】			

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
A10	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	b	b
	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。	○	
	定期的にも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>事業計画に、必要に応じて医師や川崎市中部リハビリテーションセンターと連携し、専門的アドバイスを得ながら身体機能維持等のプログラムを実施することを明記しています。利用者が自分自身の健康を意識することを目的に中部リハビリテーションセンターの専門職の助言を受け、個別の健康維持のための運動の習慣を取り入れるようにしています。また、地域での清掃活動やリサイクル活動などに利用者が主体的に参加し、地域で生活するための生活訓練となるように支援しています。今後は、個別支援計画に訓練の目的を明示し、定期的にもモニタリングを実施し、利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練の実施が望まれます。</p>			
【非公表コメント】			

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
A11	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	b	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回の内科検診、年1回実施の胸部レントゲン検診、生活習慣病予防検診、インフルエンザ予防接種等を実施しています。毎日の検温や連絡帳を活用し、利用者の健康状態について家族との情報共有を図り、また、毎日実施の感染症状況把握表を活用して利用者や職員の健康状態の把握に努めています。定期的に通院している利用者については、通院状況調査書を提出してもらい、服薬管理や利用者の健康状態の把握に努めています。利用者の健康状態のチェックの結果を毎日記録し、体調の変化を観察し状態の把握に努めるとともに、利用者の体調の変化における対策の緊急性について協議し職員間で共有し、家族や医療機関と連携して適切な対応に努めています。			
【非公表コメント】			

A12	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。 ※医療的な支援を実施していない場合は、「非該当」とすることができます。	b	b
	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）を適切かつ確実にしている。	○	○
	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】			
看護師を配置して医療的ケアの必要な利用者支援に対応しています。現在施設利用者の中に医師の指示による医療的対応が必要な利用者はいませんが、トイレ介助が必要で尿量の日々の確認を行っている利用者がいます。内服薬は家族から預かり、医師の処方に基づいて職員が服薬の状況をチェックし、誤薬や服薬漏れがないことを確認しています。利用者の高齢化・重度化が進んでいる状況にあるため、看護師を中心として利用者の健康管理に配慮し、医療的ケアの対応が必要な利用者の受け入れと個々の利用者支援手順書の作成に向けた取り組みが期待されます。			
【非公表コメント】			

A-2-(6) 社会参加、学習支援		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
A13	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b	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>事業計画の運営方針に、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することを明記しています。また本年度の事業重点項目に、コロナ禍で縮小していたバザー販売等の活動の拡大や地域交流の取り組みの推進、日中プログラムの充実を掲げて、利用者の社会参加を積極的に推進することをうたっています。日中プログラムの実施に当たっては、ドライブ等利用者の希望を尊重し、外出の目的を明確にして実施するようにしています。利用者は、紙すきや藍染等の創作活動を推進し製品をバザーで販売し、また、地域の各種イベントや川崎市が主催する絵画や書道の作品展等に積極的に参加し、地域住民との交流を図っています。職員は、利用者が地域住民の一人として自信をもって、社会参加ができるように支援しています。</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		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
A14	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	b	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>昨年度2名の利用者が自宅からグループホームに生活の場を移しました。家族の高齢化や親亡き後の不安等によりグループホームへの移行が求められるケースがあります。家族との連絡帳を用いた日々のやり取りを通じて、家庭生活上のニーズや本人の思いを把握し、相談支援センター等関係機関と連携し利用者の地域での生活を支援しています。希望者に対し1週間程度の体験入居を支援し、また、グループホームへの移動後の施設へ通うことが可能であることなど、利用者に説明し利用者が安心してグループホームに移れるように支援しています。グループホームへの移行後の通所は、サービス管理責任者が相談窓口となり、送迎車の利用など地域生活に関する相談に応じています。</p>			
【非公表コメント】			

A-2-(8) 家庭との連携・交流と家族支援		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
A15	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	b	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】			
<p>家族交流会を隔月で開催し、施設運営の様々な出来事や日中活動、各種イベントにおける利用者の参加の状況等について、写真等を用いて分かりやすく説明しています。また、利用者が積極的に体を動かし、身体機能の維持と二次障害の予防と緩和等を目的とした運動プログラムへの参加を図っています。今年度4月の家族会資料には「令和5年度事業計画」の説明が明記されています。また、毎日連絡帳を活用し、利用者家族やグループホームとのコミュニケーションを図っています。家庭生活やホームでの生活の変化を把握し、施設の出来事を連絡帳で分かりやすく伝え、病院や相談支援センター等の関係機関とも連携し、利用者の体調の変化などの緊急時に迅速に対応できるようにしています。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てい</p>			
【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		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
A16	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	評価外	評価外
	子どもの発達過程や適応行動の状況等を踏まえた発達支援（個別支援）を行っている。		
	子どもの発達に応じて必要となる基本的日常動作や自立生活を支援するための活動や取組について、個別活動と集団活動等を組み合わせながら実施している。		
	子どもの活動プログラムについてはチームで作成するとともに、子どもの状況に応じた工夫や見直しを行っている。		
	子どもと保護者に対し、学校及び保育所や認定こども園、児童発達支援事業所等との情報共有、連携・調整をはかっている。		
【第三者評価結果についてのコメント】			
【非公表コメント】			

A-4 就労支援

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

A-4-(1) 就労支援		園の自己 評価結果	第三者 評価結果
A17	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	評価外	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	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	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】

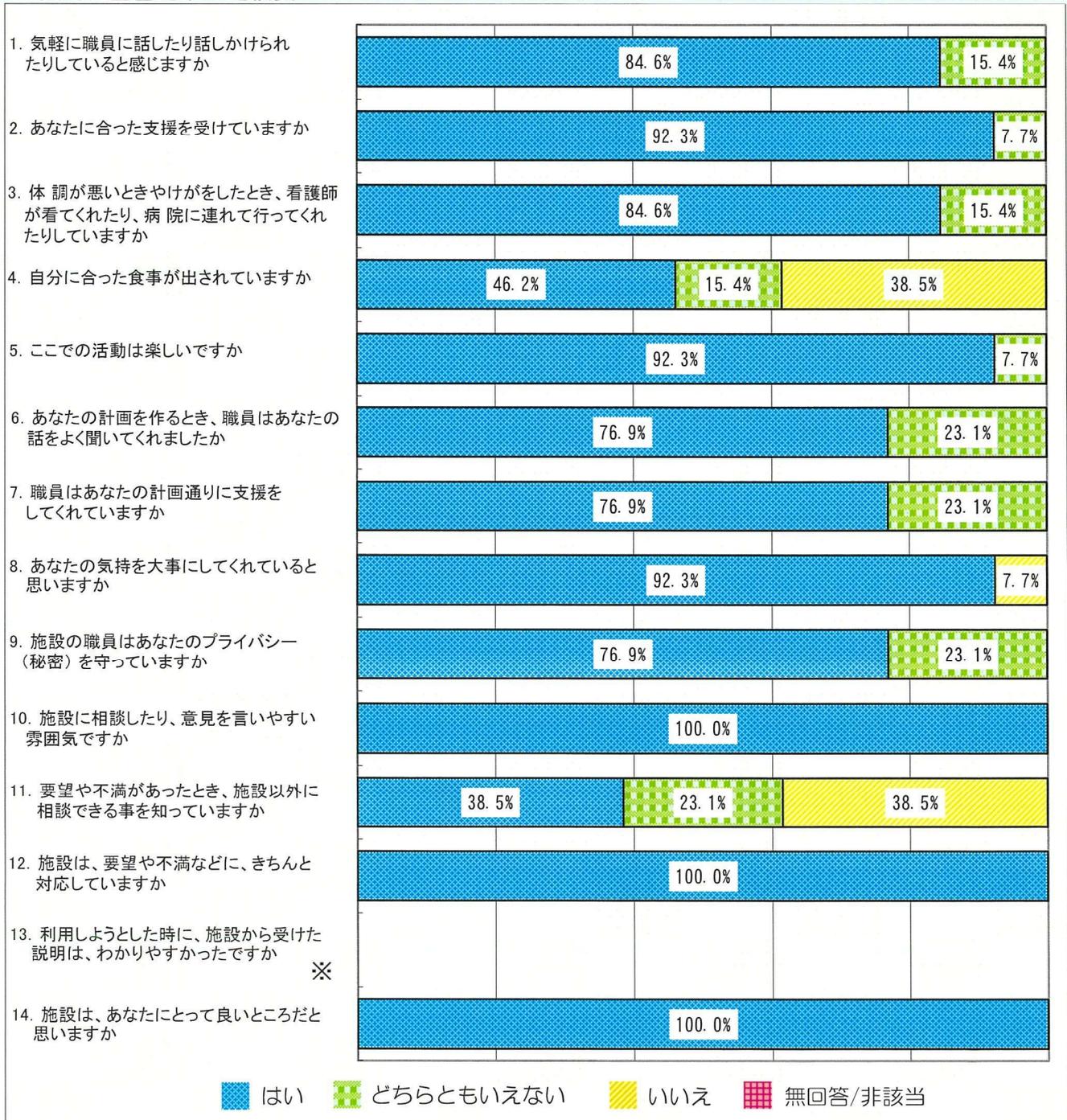
《事業所名： 川崎市北部身体障害者福祉会館作業室 》

■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： 2023年8月9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	22 人
共通評価項目による調査対象者数	22 人
共通評価項目による調査の有効回答者数	13 人
利用者総数に対する回答者割合 (%)	59.1%

■ 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	11	2	0	0	13	
		84.6%	15.4%	0.0%	0.0%	100.0%	
	2. あなたに合った支援を受けていますか	12	1	0	0	13	★
		92.3%	7.7%	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 見てくれたり、病棟に連れて行ってくれたりして いますか	11	2	0	0	13	
	84.6%	15.4%	0.0%	0.0%	100.0%		
4. 自分に合った食事が出されていますか	6	2	5	0	13	△△	
	46.2%	15.4%	38.5%	0.0%	100.0%		
5. ここでの活動は楽しいですか	12	1	0	0	13	★	
	92.3%	7.7%	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	10	3	0	0	13	△
		76.9%	23.1%	0.0%	0.0%	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	10	3	0	0	13	△	
	76.9%	23.1%	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	12	0	1	0	13	★
		92.3%	0.0%	7.7%	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	10	3	0	0	13	△	
	76.9%	23.1%	0.0%	0.0%	100.0%		
相談・苦情への対応	10. 施設に相談したり、意見を言しやすい雰囲気ですか	13	0	0	0	13	★★★
		100.0%	0.0%	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	5	3	5	0	13	△△△
	38.5%	23.1%	38.5%	0.0%	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	13	0	0	0	13	★★★	
	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	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	0	0	0	0	0	
	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/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	13	0	0	0	13	
	100.0%	0.0%	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。

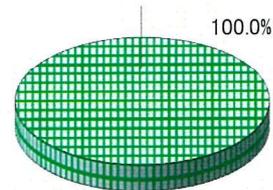
※※△△△、△△、△は「はい」回答比率の低い順に第三位までにマーキングされています。

【※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)
0	13	0	13	
0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	



■ はい ■ いいえ ■ 無回答

※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)
0	0	0	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

(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
0	0	0	0	0

■利用者アンケート調査 自由意見

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

「施設はあなたにとって良いところだと思いますか」の回答について、右記の数字で表示しています。
【 1…はい 2…どちらともいえない 3…いいえ 9…無回答 】↓

☆ 施設に対するご意見・ご要望等ありましたら、ご記入ください。

1	ご飯はおいしいが、おかずは何とも言えない。	1
2	・好きな職員とは良く話をするが、そうでない職員とはあまり話をしない。 ・ご飯は固い時と柔らかい時がある。	1
3	・計画を作る時、よく話を聞いてくれる時と聞いてくれない時がある。 ・気持ちを大切にしてほしい。もっと丁寧やって欲しい。 ・プライバシーを守ってくれる時と守らない時がある。	1
4	・計画を作る時は自分と家族の意見をよく聞いてくれる。 ・この職員はよく話を聞いてくれる。 ・この施設以外に相談支援センターを知っているが、ほとんど合わないので相談できるかよくわからない。	1
5	・体調の悪い時の職員の対応はわからない。 ・食事はまずいと思う。ご飯が固すぎたりする。 ・施設以外の職員に相談したことはない。	1
6	作業が多いのは、張り合いになっている。	1
7	来るのが楽しみ。年度が変わって新しい職員や利用者が来るのも良い。	1

福祉サービス第三者評価 職員自己評価結果 (神奈川県)

- 障害者・児福祉サービス -

川崎市北部身体障害者福祉会館作業室

調査期間と回答状況

実施期間	2023年7月24日 ~ 2023年8月7日		※8月14日到着分まで集計		
職員数	8	回収数	7	回収率	87.5%

※職員数は、今回の職員自己評価実施対象者数です。

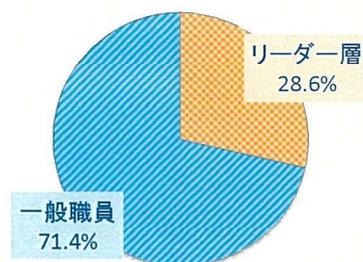
本書の構成

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

■ 回答者属性について

(単位:人)

リーダー層	一般職員	無回答	合計
2	5	0	7
28.6%	71.4%	0.0%	100.0%



■ 項目別の回答数内訳表及び回答比率の比較

a: 評価の着眼点が全て実施されていると思う場合

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。	2	5	0	0	0	7
	28.6%	71.4%	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。	1	6	0	0	0	7
	14.3%	85.7%	0.0%	0.0%	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。	0	6	0	1	0	7
	0.0%	85.7%	0.0%	14.3%	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。	1	5	0	1	0	7
	14.3%	71.4%	0.0%	14.3%	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。	0	7	0	0	0	7
	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

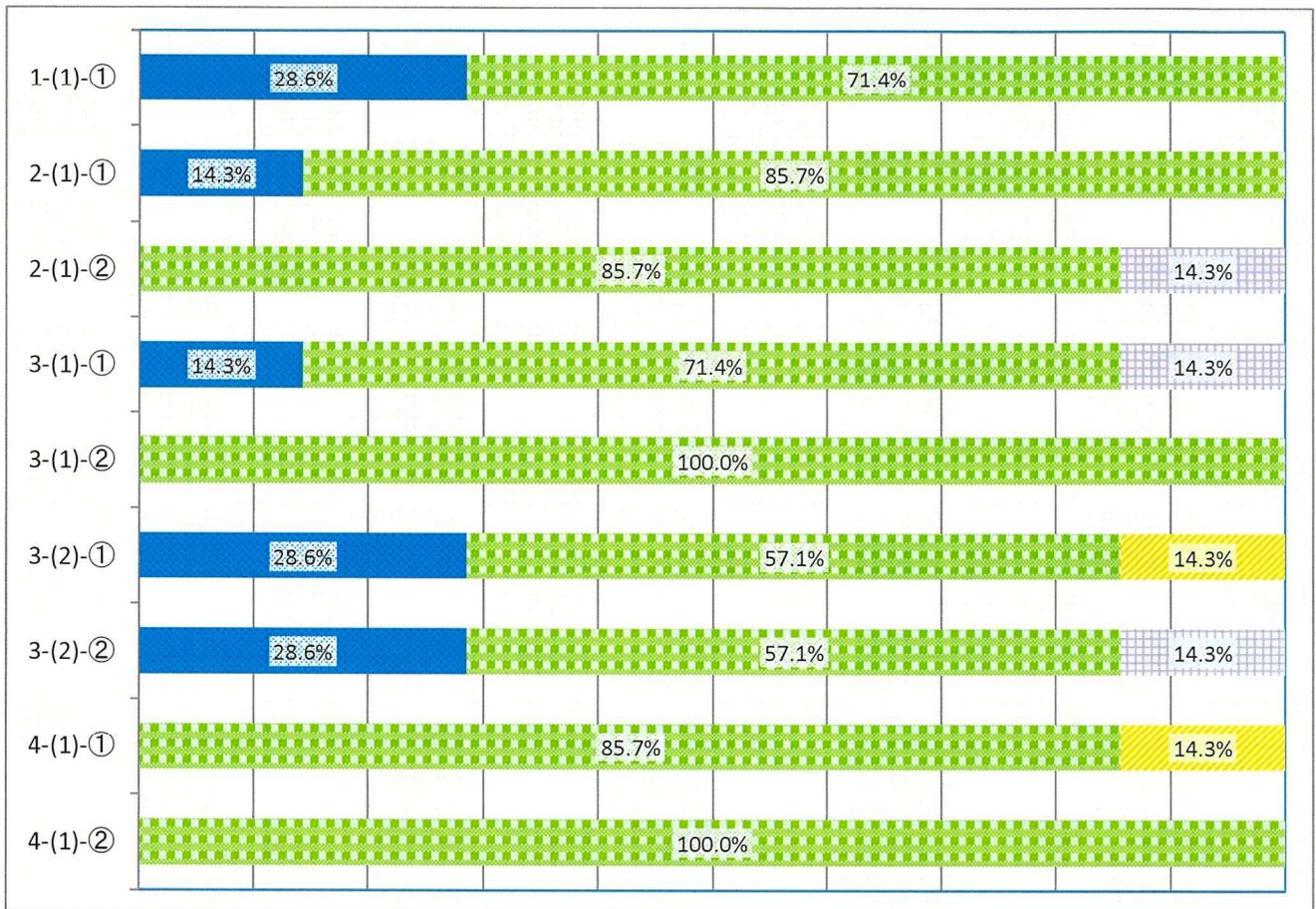
(2) 事業計画が適切に策定されている。

6 ①事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが行われ、職員が理解している。	2	4	1	0	0	7
	28.6%	57.1%	14.3%	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。	2	4	0	1	0	7
	28.6%	57.1%	0.0%	14.3%	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。	0	6	1	0	0	7
	0.0%	85.7%	14.3%	0.0%	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。	0	7	0	0	0	7
	0.0%	100.0%	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
- 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。	1	6	0	0	0	7
	14.3%	85.7%	0.0%	0.0%	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。	1	6	0	0	0	7
	14.3%	85.7%	0.0%	0.0%	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。	1	6	0	0	0	7
	14.3%	85.7%	0.0%	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。	0	6	0	1	0	7
	0.0%	85.7%	0.0%	14.3%	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	4	1	0	0	7
	28.6%	57.1%	14.3%	0.0%	0.0%	100.0%
15 ②総合的な人事管理が行われている。	0	5	2	0	0	7
	0.0%	71.4%	28.6%	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。	1	5	1	0	0	7
	14.3%	71.4%	14.3%	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。	0	6	1	0	0	7
	0.0%	85.7%	14.3%	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。	0	6	1	0	0	7
	0.0%	85.7%	14.3%	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。	0	6	1	0	0	7
	0.0%	85.7%	14.3%	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。	0	6	1	0	0	7
	0.0%	85.7%	14.3%	0.0%	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。	4	3	0	0	0	7
	57.1%	42.9%	0.0%	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。	3	3	0	1	0	7
	42.9%	42.9%	0.0%	14.3%	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。

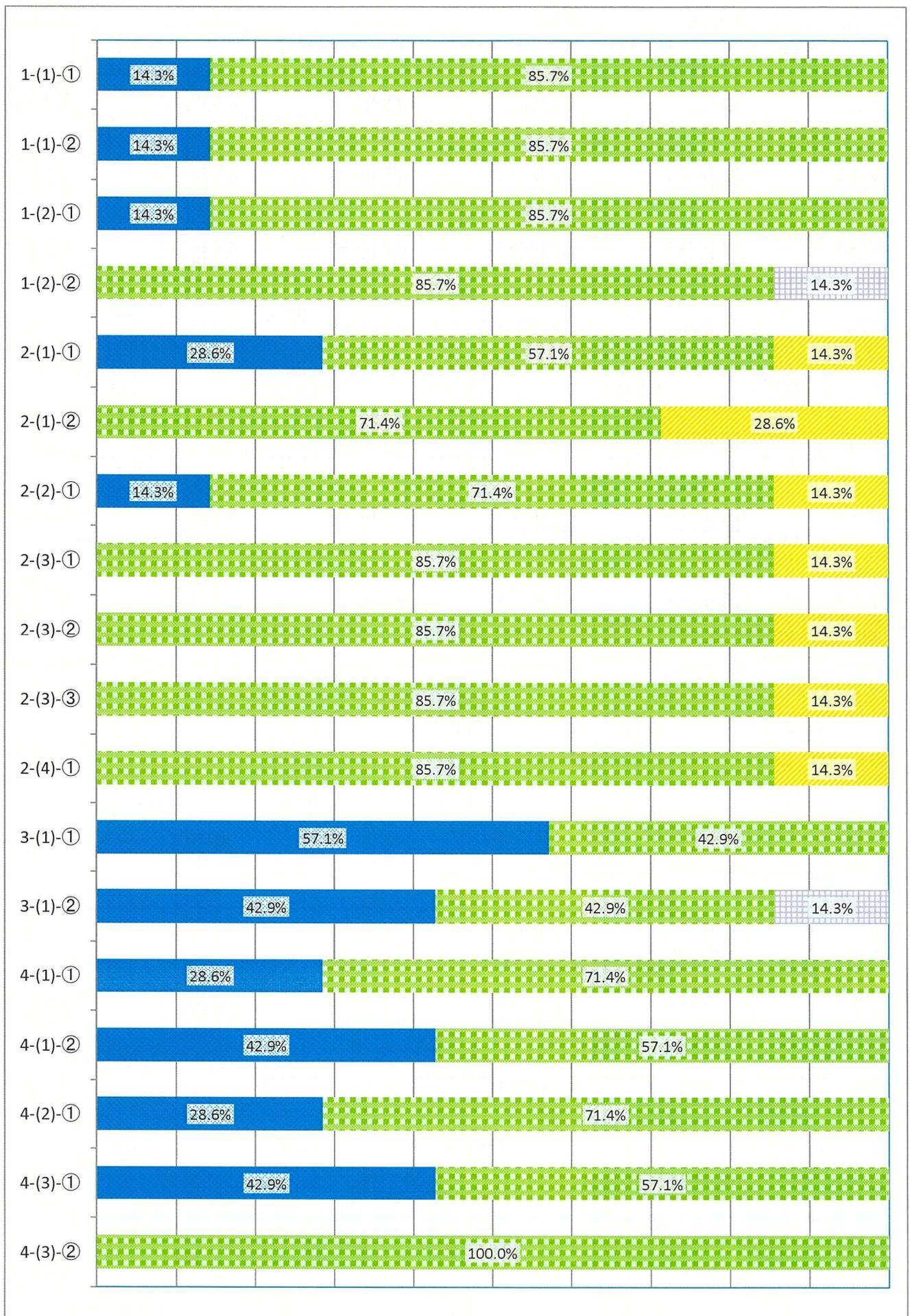
23 ①利用者と地域との交流を上げるための取組を行っている。	2	5	0	0	0	7
	28.6%	71.4%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
24 ②ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	3	4	0	0	0	7
	42.9%	57.1%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

(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。	2	5	0	0	0	7
	28.6%	71.4%	0.0%	0.0%	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。	3	4	0	0	0	7
	42.9%	57.1%	0.0%	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	7	0	0	0	7
	0.0%	100.0%	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 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。	2 28.6%	5 71.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%
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。	5 71.4%	2 28.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%

(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 42.9%	4 57.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%
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。	2 28.6%	5 71.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%
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。	0 0.0%	6 85.7%	0 0.0%	1 14.3%	0 0.0%	7 100.0%

(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 42.9%	4 57.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%
-------------------------------------	------------	------------	-----------	-----------	-----------	-------------

(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。	1 14.3%	5 71.4%	0 0.0%	1 14.3%	0 0.0%	7 100.0%
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。	1 14.3%	6 85.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%
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。	1 14.3%	6 85.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%

(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。	2 28.6%	5 71.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%
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。	4 57.1%	3 42.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%
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。	2 28.6%	5 71.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%

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。

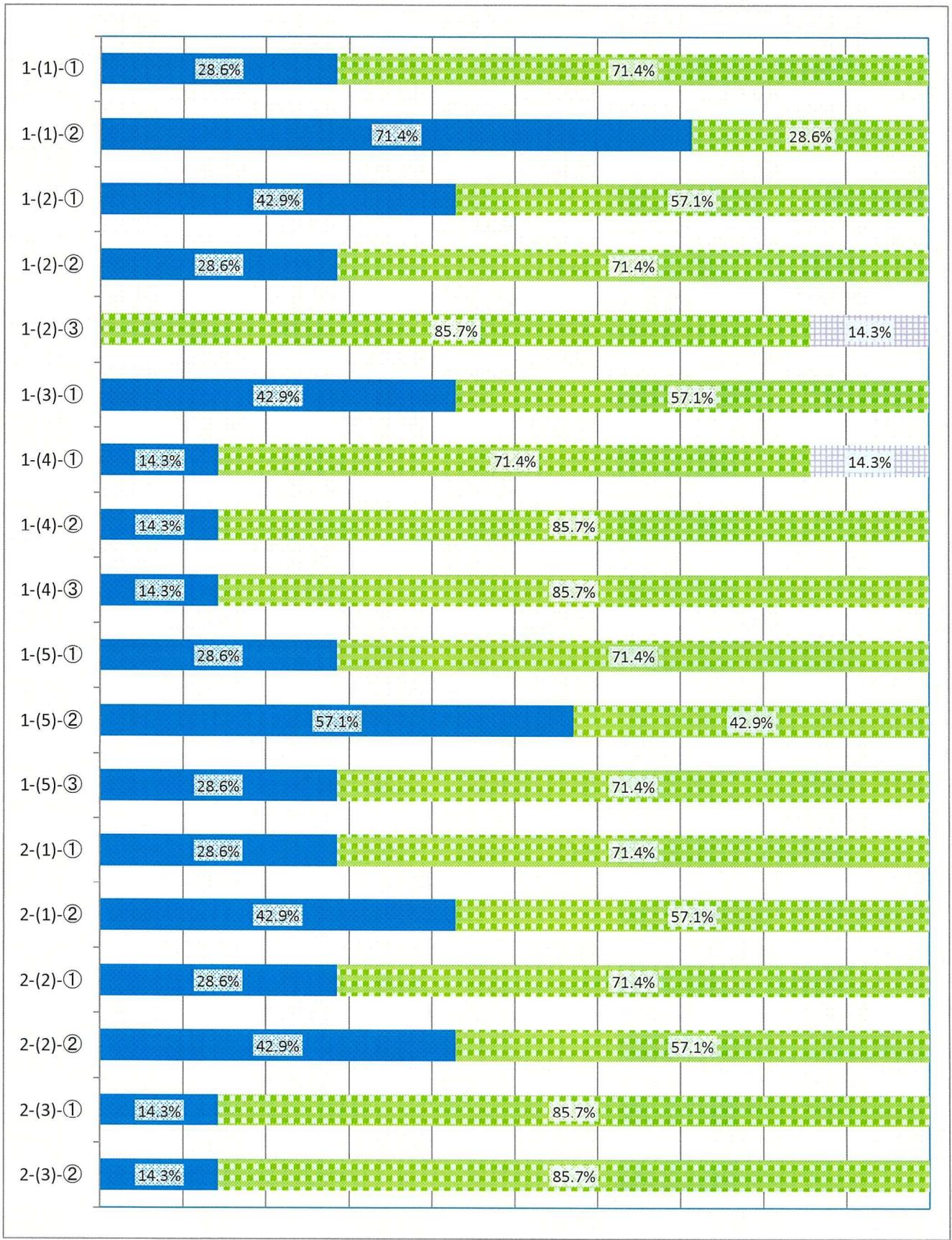
40 ①提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	2 28.6%	5 71.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%
41 ②標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	3 42.9%	4 57.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%

(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。	2 28.6%	5 71.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%
43 ②定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	3 42.9%	4 57.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%

(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。	1 14.3%	6 85.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%
45 ②利用者に関する記録の管理体制が確立している。	1 14.3%	6 85.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%



- 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	4	0	0	0	7
	42.9%	57.1%	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。	3	4	0	0	0	7
	42.9%	57.1%	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。	2	5	0	0	0	7
	28.6%	71.4%	0.0%	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。	3	4	0	0	0	7
	42.9%	57.1%	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。	3	4	0	0	0	7
	42.9%	57.1%	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。	0	6	0	0	1	7
	0.0%	85.7%	0.0%	0.0%	14.3%	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。	1	5	0	0	1	7
	14.3%	71.4%	0.0%	0.0%	14.3%	100.0%

(2) 日常的生活支援

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。	0	5	1	0	1	7
	0.0%	71.4%	14.3%	0.0%	14.3%	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。	1	4	1	0	1	7
	14.3%	57.1%	14.3%	0.0%	14.3%	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。	0	5	0	1	1	7
	0.0%	71.4%	0.0%	14.3%	14.3%	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。	3	4	0	0	0	7
	42.9%	57.1%	0.0%	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。	0	4	0	0	3	7
	0.0%	57.1%	0.0%	0.0%	42.9%	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

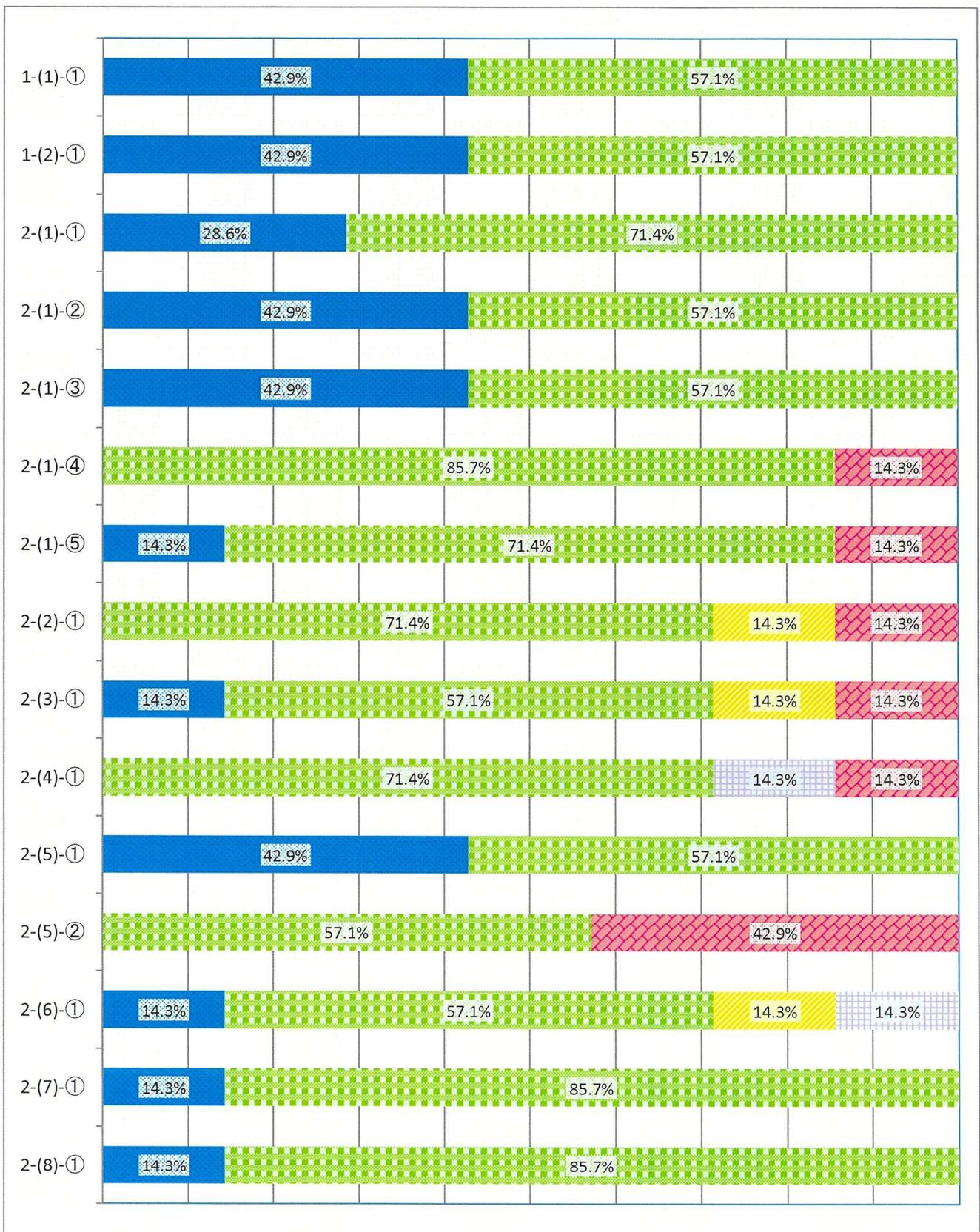
A13 ①利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	1	4	1	1	0	7
	14.3%	57.1%	14.3%	14.3%	0.0%	100.0%

(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	6	0	0	0	7
	14.3%	85.7%	0.0%	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。	1	6	0	0	0	7
	14.3%	85.7%	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
- 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-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

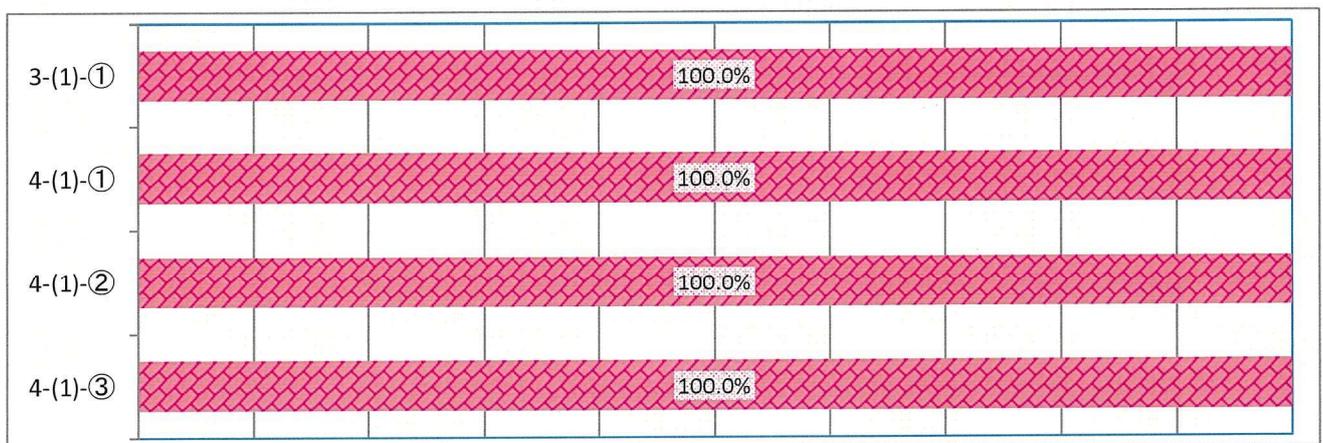
		a	b	c	n	無回答	合計
A16	①子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	0	0	0	0	7	7
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%

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	7	7
		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	7	7
		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	7	7
		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
- n: 知らない、わからない
- b: 評価の着眼点の一部に実施されていないものがあると思う
- 無回答
- c: 評価の着眼点が一つも実施されていないと思う場合

■ 職員自己評価結果(コメント部分)

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

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

【特に良いと思う点】

1	ワンフロアなので全体の把握ができる。職員の連携がとりやすい。
2	職員間でコミュニケーションがとりやすい。相談しやすい雰囲気づくりができています。
3	職員関係。
4	職員間での情報共有がスムーズにできています。
5	明るい雰囲気。
6	車いす利用者、要介助者が多い中、短い時間でも利用者満足を高めようとしている。
7	利用者への支援の姿勢。
8	利用者の出入り自由。
9	活動の根拠を意識して取り組みは始めている。
10	毎週「職員行動計画」を確認している。

【特に改善したいと思う点】

1	ワンフロアなのでハード面に課題がある。(狭くて動線が確保できない。エスケープ場所が確保できない。)
2	職員数が少ない。
3	職員体制。男女比。
4	職員数増加。
5	笑って問題解決されない。
6	掲示物、回覧物等での情報周知の方法。
7	食事への意見が反映されていない。
8	いつまでも修繕されない。

福祉サービス第三者評価結果報告書

受審施設	川崎市北部身体障害者福祉会館作業室
所在地	〒213-0001 神奈川県川崎市高津区溝口1-18-16
TEL	044-811-6631
施設長	施設長 渡辺 昌志
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

