

### 第三者評価結果

事業所名： 川崎市北部身体障害者福祉会館作業室

#### I 福祉サービスの基本方針と組織

##### 1 理念・基本方針

(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	第三者評価結果
【1】 I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
<コメント> 「育桜福祉会は、障害のある方が住み慣れた地域で安心して過ごせるよう、一人ひとりの想いや願いを大切にし、その喜怒哀楽を自由に表現できる心豊かな生活の実現をめざして支援します」を法人の基本理念に掲げ、理念の実践に向けた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。	

##### 2 経営状況の把握

(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	第三者評価結果
【2】 I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
<コメント> 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。	
【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
<コメント> 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。	

##### 3 事業計画の策定

(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	第三者評価結果
【4】 I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a
<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。	
【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
<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。	

(2) 事業計画が適切に策定されている。

【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
--	---

<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。

【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。	a
--	---

<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。

#### 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。	第三者評価結果
【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

<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年ごとに第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。

【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
---	---

<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ではありません。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。

## II 組織の運営管理

### 1 管理者の責任とリーダーシップ

(1) 管理者の責任が明確にされている。	第三者評価結果
【10】 II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a

<コメント>

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>【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。</p>	a
---	---

<コメント>

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に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組み、送迎時の安全運転の取組みなど、コンプライアンスを遵守した支援に努めています。

(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

<p>【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。</p>	a
--	---

<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。

<p>【13】 II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。</p>	b
---	---

<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。

## 2 福祉人材の確保・育成

<p>(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。</p>	<p>第三者評価結果</p>
<p>【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。</p>	a

<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。

<p>【15】 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	a
---	---

<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。

(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

<p>【16】 II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。</p>	b
--	---

<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。



(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

【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

<コメント>

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。

【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

<コメント>

「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。

【19】 II-2-(3)-③  
職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。

a

<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。

(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】 II-2-(4)-①  
実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。

a

<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。

### 3 運営の透明性の確保

(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

第三者評価結果

【21】 II-3-(1)-①  
運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。

a

<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。

【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

<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。

#### 4 地域との交流、地域貢献

(1) 地域との関係が適切に確保されている。	第三者評価結果
<p>【23】 II-4-(1)-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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 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。</p>	
<p>【24】 II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 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。</p>	
(2) 関係機関との連携が確保されている。	
<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 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参加するなど連携に努め、地域の関係機関とのネットワークを構築し、共同で各種行事の開催に取り組み、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。</p>	
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
<p>【26】 II-4-(3)-① 福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 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出来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徴から、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。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 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。</p>	

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### 1 利用者本位の福祉サービス

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	第三者評価結果
<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 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。</p>	
<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 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。</p>	
(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。	
<p>【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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 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。</p>	
<p>【31】 Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 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分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。</p>	
<p>【32】 Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt; 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て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ることが多く、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。</p>	



(3) 利用者満足の向上に努めている。

【33】 Ⅲ-1-(3)-①  
利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。

a

<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。

(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】 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

<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。

【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

<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。

【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

<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。

(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

【37】 Ⅲ-1-(5)-①  
安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。

a

<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。

【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

<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。

<p>【39】 Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。</p>	<p>a</p>
--	----------

<コメント>  
「危機対応マニュアル」「大規模地震発生時の対応マニュアル」等のマニュアルを整備し、防災委員会を毎月開催し、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実施しています。「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。

## 2 福祉サービスの質の確保

<p>(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。</p>	<p>第三者評価結果</p>
<p>【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。</p>	<p>b</p>

<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。

<p>【41】 Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。</p>	<p>b</p>
---	----------

<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。

<p>(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。</p>	
<p>【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。</p>	<p>a</p>

<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。

<p>【43】 Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。</p>	<p>a</p>
--	----------

<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所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。

<p>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>	
<p>【44】 Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。</p>	<p>a</p>

<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。



【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

<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。