

第三者評価結果

※すべての評価細目(45項目)について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示する

※評価項目毎に第三者評価機関判定理由等のコメントを記述する

評価対象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

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>

・職員に対しては、法人本部が新人研修において法人理念や基本方針などを説明し周知に努めている。事業所では各フロアに「基本運営方針」および「ソレイユR I N R I 綱領」を掲示し、利用者・家族・関係者の目に触れるようにしている。

・施設長は年初の各部署責任者で構成される運営会議の中で触れ、フロア毎のミーティングなどを通じて職員へ伝えるようにしている。

・職員個人目標シートには、自己目標と合わせて事業所全体の目標として理念・基本方針をも記載することとなっており、再認識・理解を深めるようにしている。

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

【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>

・利用者・家族、職員などの意向ニーズなどは各種アンケートや面談において必要な情報を入手し、近隣地域や業界の動向などは各種会議、会合に参加して情報収集している。

・事業所の経営状況については、収支報告書を作成して毎月本部に報告している。経営状況をまとめる中で、項目ごとに前年実績及び予算と比較してそれぞれ差異を把握している。その差異を分析して原因理由を追求し、次期つないでいくように取り組んでいる。

【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>

・理事長・関東ブロックエリア長と、定期的に事業所運営会議を行っている。当会議の中で各方面から入手した情報を検討して、事業所として取り組むべき経営課題を明確にしている。これら課題を解決するための具体的な取り組みを単年度事業計画として立案し、目標達成を目指して日々業務を遂行する仕組みが整っている。

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

【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>

・事業所の中長期的なビジョンは重症心身障害児・者の生命や健康の保持はもちろん、一人ひとりがあらゆる可能性を持ち、少しでも「普通に豊かな」人生経験を積んでもらうこととしている。

・ビジョン・目標を達成するため、利用者への支援の在り方や支援体制を運営方針・支援方針として具体的な項目(個別支援計画、自立・自主性の助長など)を支援実施計画として策定している。

【5】 1-3-(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>

- ・法人として中長期事業計画を策定しており、「基本方針」「重点事項」として明示されている。
- ・事業所では中長期計画を踏まえ、これに基づいて毎年度ごとに、事業所の単年度事業計画を策定している。事業所ではそれぞれの独自の状況に合わせた単年度の計画を策定し、事業所の課題解決に努めている。

1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている

【6】 1-3-(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>

- ・事業所では月次で収支や業務遂行状況を把握し、運営概要として経営状況をまとめ毎月本部に報告している。
- ・運営概要を策定する過程で各課題に対する取り組み状況を把握することができる。各部署ごとに、計画立案した各案件について前年度実績値と比較できるようになっており、さらに予算実績比較表で費目別に使用率および進捗率を把握できるようになっている。
- ・中締めとして半期ごとに、また総括として年度末に対前年度比較しその差額について増減理由をも分析し、必要に応じて見直しを行い次期につながるようになっている。

【7】 1-3-(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>

- ・事業計画や事業報告についての周知を図る取り組みとしては、職員には面談や運営会議で説明し、さらに回覧によってなされている。
- ・利用者や家族に対しては、年度初めの家族会やその後の家族会などの場において説明したり、参加しない家族などには文書を送付して周知に努めている。

1-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

1-4-(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

【8】 1-4-(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>

- ・研修委員会において年間の研修計画を立案しており、それに沿って研修を実施している。研修内容としては、専門職別、重症心身障害者協会関連など幅広く、外部研修にも積極的に参加を支援している。
- ・事業所では、個人のサービス提供能力の質の向上に加え、医療機関などとの連携により組織的・総合的にサービスの質の向上に取り組んでいる。

【9】 1-4-(1)-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

a

<コメント>

- ・事業計画の進捗状況の把握をはじめ、見直しや振り返り、自己チェックなどを月次、四半期、年次などのタイミングでトレースしている。
- ・事業所外部の各種調査や評価結果など指摘事項を受け止め、組織として取り組むべき課題を抽出し運営会議にて協議し改善策を検討している。これらの結果を次期以後の事業計画策定時に反映させ、次につなぎサービスの質の向上に努めている。

評価対象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

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>

・職員に対しては、入職時の施設長講義や運営会議などで管理者としての自らの役割と責任について説明している。
・各会議や研修の場を通じて、職員自身が全うすべき自らの役割と責任についても説明し理解を深めてもらえるようにしている。さらに、運営会議では理念などを実現するための役割と責任、それに基づき進むべき方向性を職員に伝え事業所運営をリードしている。

【11】 Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている

a

<コメント>

・法人本部が主管する入職時研修では、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などの基本を説明し周知に努めている。以降は事業所内において「ソレイユRINRI綱領」12か条などコンプライアンス関連の規程などを常置しており、職員は何時でも閲覧して再確認して理解を深めることが出来るようにしている。
・施設長講義や各会議、事業所内研修等を活用したり、部署や職務によっては外部研修に参加を勧めるなど、専門的なコンプライアンス知識習得をも促している。

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている

【12】 Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している

a

<コメント>

・事業所ではサービスの質の向上のために様々な面から支援プログラムを考察している。多機能型通所施設事業として、各関係機関との情報交換や家族、他事業所との関わりを深めるようにしている。
・利用者一人ひとりのニーズに応じたサービスの提供や医療・福祉に関する相談体制を整えている。
・幅広い日中活動、療育活動を取り入れ、豊かな感覚や感情を育み様々な体験ができる環境づくりに努めている。これら施策を実行するためにも研修参加などを通じて職員の人材育成にも取り組み、安定した事業運営ができるよう指導力を発揮している。

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

a

<コメント>

・利用状況を踏まえた予算を立て、改善の必要な部署にはニーズに合ったサービス提供が行えるように業務の見直しに取り組んでいる。
・事業所では月次で収支や業務遂行状況を把握し、各部署ごとに計画立案した各案件について前年度実績値と比較できるようにしている。
・予算実績比較表で費目別に使用率および進捗率を把握できるようになっている。さらに、半期ごとに総括、年度末に対前年度との比較に取り組んでおり、その差額について増減理由も分析し、必要に応じて見直しを行い次期につながるようにしている。

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

【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
------	----------------------------------------------------	---

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の募集採用は法人本部で一括して行っており、新入職員研修後、事業所が必要とする人材を踏まえ、適材適所の人員配置に努めている。 ・ 年1回人事希望調査を実施したり、各部署長による定期面談によって職員の意向やニーズを把握している。 ・ 日頃から職員一人ひとりの就業状況を見て、その職員の適性や遣り甲斐・意欲などを把握している。職員の育成状況、将来の人材構成などを踏まえ、他事業所への異動も含め適切な人材配置を行っている。

【15】	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている	第三者評価結果 a
------	----------------------------	--------------

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人としてキャリアパス制度を設けており、職員一人ひとりの人材育成計画を策定し、さらに職員の適性を考慮して人材配置に取り組んでいる。 ・ 面談を定期的実施しており、職員の意向やニーズそのほか仕事に対する意欲や遣り甲斐などを把握している。 ・ 健康管理、就業状況の把握、人事考課、評価処遇・称賛などを連動させて、法人他施設への異動も含め総合的に人事管理を行っている。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている

【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
------	----------------------------------------------	---

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 各部署長による面談を定期的実施して意見や要望、ニーズなどを把握したり、年1回人事希望調査を実施して異動を含め職員一人ひとりの意欲・働きがいなどの状況の把握に努めている。 ・ 各種福利厚生も実施して職員の意欲向上・定着に取り組む働きやすい職場環境づくりに努めている。

II-2-(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
------	-----------------------------------	---

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人として職域、職制、職歴などをもとに職員一人ひとりを対象に育成計画を策定しており、入職時をはじめ都度説明する機会を設けて理解を深めてもらえるようにしている。 ・ 育成計画の運用にあたっては、各部署長による個人面談を定期的実施して職員の意向やニーズを把握しつつ、年数、経験、資格などを踏まえてキャリアパスに基づいて、職員一人ひとりに合わせた育成計画を立てている。

【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
------	---------------------------------------------------	---

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新入職員や転籍者を対象に入職時研修や事業所としての全体研修を実施しており、各部署への配属後に職員一人ひとりの個別研修計画を策定する流れとしている。 ・ 研修委員会において研修計画の骨子を策し、それらに沿って職員一人ひとりを対象に教育・研修を実施している。

【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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・キャリアパスをもとに勤務年数、経験、資格などを踏まえて、職員一人ひとりを対象にした研修計画を策定しており、勤務シフトや出勤日などを調整して、円滑な受講を支援している。 ・開催場所や日程などについては、職員の負担にならないように配慮しており、出勤扱いや交通費の事業所負担などにも対応している。 		

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		第三者評価結果
【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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生の受け入れには積極的に取り組んでおり、実習前に実習担当者がオリエンテーションを実施し、福祉サービスに関わる基本的な知識・技術、業界の動向等について説明している。 ・実習生受け入れ中は、介護長および看護長を実習生対応職員として配置し、彼らの指導によりより多くの知識・技術、実地体験ができるように実習内容を組み立てている。 		

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		
【21】	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページに行事などの様子を掲載して広く情報公開している。 ・事業所内では毎年医療機能情報を更新し、職員など関係者が閲覧できるように配置している。 ・財務諸表や事業計画書などを掲示して公正公明な事業運営の状況を公開している。 ・2か月毎にソレイユ便りを発行しており、行事などの様子を掲載し利用者・家族に配布するとともに、廊下に掲示して各関係者への情報提供に取り組んでいる。 		
【22】	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・2か月毎に家族会役員との連絡会や年3回の施設運営に関する意見交換会を開催して、家族とコミュニケーションを図る機会を設けている。 ・毎年、医療機能情報を更新して職員などが閲覧できるようにしたり、財務諸表や事業計画書などを掲示して運営状況を公開している。 ・2か月毎にソレイユ便りを発行しており、配布や事業所内掲示によって関係者への情報公開に取り組んでいる。 ・第三者評価を定期的受審しており、結果をインターネットで公表し事業の透明性を担保している。 		

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

【23】	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている	a
------	--------------------------------------	---

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎年定例のソレイユ祭りでは、利用者や家族に加え多くの地域住民も参加しており、一緒に食事や楽器演奏など楽しいひと時を共有できる機会としている。 ・CANPキッズ（多目的施設）を使用したイベントでは、事業所公開も実施して地域住民への理解を促している。 ・自治会の祭りへの施設利用者の参加や、年2回自治会との連携で消防訓練への参加を実施し、地域との交流にも取り組んでいる。 		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

【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	a
------	----------------------------------------------	---

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア希望者に対しては事前の面談や見学を行い、心身障害重症児・者について理解を求めている。その上でボランティア内容は面談にて決めることとしている。 ・ボランティア委員会を組織し、ボランティアの円滑な受け入れや情報共有を行っている。 		
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている

第三者評価結果

【25】	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている	a
------	--------------------------------------------------------	---

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅サービス利用者には近隣地域相談支援センターと連絡を取り合うことで、サービスの質の確保に努めている。 ・医療ケアが必要な利用者も多いため、医療機関との情報共有にも努めている。 ・川崎市唯一の療養介護施設として、重症心身障害児・者に関する支援者育成研修等の講師を担っている。 		
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている

【26】	II-4-(3)-① 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
------	---------------------------------------	---

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・麻生区自立支援協議会、川崎市医療ケア児連絡調整会議などを通し、地域のニーズ把握に努めている。 ・神奈川県重症心身障害児・者関係施設協議会に参加し、県内各市町の現状と課題を情報交換している。 ・他事業部門の関係者を通して情報を収集し、地域の方々と一緒にできる活動を模索し、かつ事業所の活動をより広く紹介して障害者福祉の普及啓発に貢献するように努めている。 		
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

【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
------	-------------------------------------------	---

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅障害児・者支援を推進するため、外来診療および外来リハビリテーションを実施し、また関連行政機関や医療機関との連携強化を推進している。 ・CAMPキッズ（多目的施設）を使用したイベントやみらい食堂などを定期的で開催しており、地域の交流の場を設けている。 ・川崎市唯一の療養介護施設として、重症心身障害児・者に関する支援者育成研修等の講師を担っている。 		
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

評価対象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

【28】	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている	a
------	---------------------------------------------------	---

<コメント>

- ・法人の理念や施設の基本方針は施設長が入職時に職員に説明し、利用者を尊重したサービスについて伝えている。普段はチームミーティングを行い、支援について共通理解を持つよう努めている。
- ・日常的に利用者を尊重した支援に努めており、利用者の気持ちを汲み取ることに心がけ、日々の関りを大切にしている。言語でのコミュニケーションが難しくても、安心して感情を出してもらえよう信頼関係の構築に取り組んでいる。

【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が行われている	a
------	------------------------------------------	---

<コメント>

- ・利用者のプライバシーに配慮した支援に努めており、ディルームや脱衣室、トイレ等にカーテンを設置している。
- ・介助は同性を基本とし男性職員が女性の利用者を介助することはない。
- ・おむつ交換もベッド間をパーティションで区切り目隠しするなど配慮している。
- ・呼称については成人は「さん」づけで、児童は「ちゃん」で呼んでいる。また、契約の際には広報紙などへの利用者の写真の掲載について承諾を得ている。

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

第三者評価結果

【30】	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している	a
------	----------------------------------------------	---

<コメント>

- ・ホームページやパンフレットなどで利用希望者や家族に事業所の情報を提供している。
- ・施設のロビーには事業所のパンフレットを置き、見学の際は相談員や主任が事業所について丁寧に説明している。
- ・利用にあたっては相談支援事業所の相談支援専門員も事業所の選択に資する情報を伝えている。

【31】	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり保護者等にわかりやすく説明している	a
------	---------------------------------------------	---

<コメント>

- ・利用開始にあたり利用者・家族のニーズをもとに暫定プランを作成し支援を開始している。
- ・はじめは事業所に定期的に通うことや、慣れてもらうことを目指している。6か月後にはモニタリングをもとにプランを評価するとともに、改めて利用者・家族の意向を把握し、個別支援計画を見直している。内容は家族に分かりやすく説明し同意を得ている。

【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
------	----------------------------------------------------------	---

<コメント>

- ・他事業所への利用者の移行は稀であるが、事業所を変更する場合は相談支援専門員に看護サマリーなどを提供し、継続して支援が受けられるよう配慮している。
- ・相談支援専門員が呼びかける担当者会議に出席し、事業所での様子や支援の内容を家族を含めた参加者と共有し、利用者により添った支援が継続できるよう話し合っている。

III-1-(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	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none">・家族会を2～3か月に1回開催しており、要望や意見などを聞く機会を設けている。送迎時にも個別に話を聞いており、聞き取った内容は主任及び相談員で直ぐに対応したり、職員ミーティングの議題に乗せ話し合うなどしている。・個別支援計画に関して本人・家族の希望のほか、事業所に対する要望や意見などを書面で把握している。過去には法人としてサービス向上に向けたアンケートを実施したが近年はできていない。再度、実施することを検討されたい。		

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

【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	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none">・相談・苦情の体制を整備し苦情解決責任者や窓口担当者及び第三者委員や行政の窓口を明示し、契約時には重要事項説明書をもとに利用者・家族に説明している。・施設内に意見箱を設置したり苦情解決体制のポスターを掲示するなど、意見を受け付けることを周知している。・苦情を受け付けた場合は記録に残し相談員や主任等が対応し解決を図り、内容は職員ミーティングで共有している。		

第三者評価結果

【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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none">・利用者や家族の意向は家族会で聞く機会を設けている。普段は送迎時に聴き取っており、なんでも話してもらうようにしている。・連絡帳でも家族の要望などの把握に努めており、相談や意見を述べやすい環境を整備し、さまざまな機会を通じて意向の把握に努めている。		

【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	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none">・利用者・家族の意見に対し迅速に対応している。事例として夏にプールで楽しんでもらった際に、衣服にボールを入れたまま帰宅したことがあった。直ぐに職員間で話し合い再発防止に取り組んだ。家族からの相談や意見は個人の記録に残し共有を図っている。		

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

【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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none">・施設として安全管理対策委員会が設置され、事故やヒヤリハットの改善策などを話し合っている。・リスクに対応した医療安全管理マニュアルが整備されている。・事故やヒヤリハットの記録について、職員は閲覧し確認のため押印している。・事故やヒヤリハットはその日のうちに話し合い改善策をまとめている。なお、改善策は期間を定めて検証し、有用性を検証するとさらによいと思われる。		

【38】	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染対策委員会が各部署のラウンドを行い、感染対策についてチェック表で確認している。 ・感染症の時期には流行っている感染症について情報を発信したり、研修を実施している。研修はインフルエンザの予防やガウンテクニック、吐しゃ物の処理方法などを学習している。 ・食中毒の予防のため栄養科が出したものを以外食べないよう徹底を図っている。感染症マニュアルも整備され感染対策や発生時の対応、感染症ごとの予防や対策などが盛り込まれている。 		
【39】	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・防災委員会が設置されており避難訓練について話し合ったり、防災マニュアルの見直しなどを行っている。 ・昨年度は災害時の対策として、送迎ルートの地図や緊急時対応マニュアルの改定をしている。 ・消防訓練は年2回消防に来てもらい、消火器の訓練や起震車体験などを実施している。 ・一斉メールシステムに家族に登録を依頼し、悪天候時に閉所の案内などをできるようにした。 ・災害用備蓄品や自家発電機なども定期的に点検を行い万が一に備えている。 		

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

第三者評価結果

【40】	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され保育が提供されている	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援委員会が設置され、個別支援計画書の運用について職員の意見を聞きながら話し合っている。 ・個別支援計画作成のマニュアルが整備され標準化が図られている。 ・業務の標準化のための業務マニュアルやルールブックがあり、入職時に配布され新人研修で説明を受けている。 		
【41】	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・各種のマニュアルはその都度見直しを行い差し替えている。ひとり一人の手順書も年度ごとに更新し、利用者に合った支援ができるよう取り組んでいる。 ・利用者に変化があったときは食事介助のチェック表などを変更している。変更箇所は昼のミーティングで職員に周知を図っている。 ・マニュアルは新人職員の教育に活用しており、専門職が分担し標準的な業務ができるよう指導している。 		

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

【42】	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画は担当職員が作成しサービス管理責任者が内容を確認している。個別支援計画作成の流れは文書化され、アセスメントはシートをもとに行い利用者ニーズを把握することや、個別支援計画の家族の同意やモニタリングの時期などを明確にしている。 ・個別支援計画は利用者の希望や支援目標と課題、具体的な課題と支援計画など、利用者本位の個別計画としている。 		

【43】	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている	a
------	---------------------------------------	---

<コメント>

- ・個別支援計画のモニタリングは6か月に一度となっており、計画に変更が無ければ手紙で家族に知らせ、変更があれば家族に説明し同意を得ている。
- ・個別支援計画の面談記録は、家族からの要望・意見や特記事項を書き記している。
- ・モニタリング報告書はファイリングし職員間で共有を図っている。また、利用者の活動の評価は毎月行いモニタリングにつなげている。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている		第三者評価結果
--------------------------------------	--	---------

【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
------	----------------------------------------------------	---

<コメント>

- ・個別支援計画に沿ったケアについては記録に残し、グループで行うモニタリングでは、担当以外の職員の意見を聞きグループノートに記録している。なお、専用の書式を検討中とのことであり今後が期待される。
- ・日々の記録はチェック方式となっているが医療的なことは特記している。
- ・申し送り事項や特記事項などは連絡帳に記載し、昼のミーティングで共有を図っている。

【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>

- ・電子カルテシステムを導入しており、受診の管理などに活用されている。
- ・看護・生活支援ケア計画の記録は看護師が行い共有が図られている。
- ・利用者の個別ファイルなどはスタッフルームに保管しているが鍵をかけ情報の保護に努めている。
- ・法人のプライバシーポリシーがあり、個人情報の内容と利用目的、取り扱いについて明示している。