

第三者評価結果

事業所名：かわさき地域生活支援拠点たじま

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。	b
<p><コメント> 法人の基本理念は、ホームページ、法人案内（法人のパンフレット）、事業所の中長期事業計画、年度の実行計画事業計画書などに記載しています。職員ガイドブック「Smileレシピ」には、基本理念に続き、行動規範として「職員の心得」を掲載し、新人研修で読み合わせしています。契約書やパンフレットに記載した運営方針には、事業所の目指す方向や考え方を記載しています。理念や基本方針がより分かりやすく利用者や家族に伝わる内容にするため、現在、パンフレットの改訂を実施中です。早期の完成が期待されます。</p>	

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
<p><コメント> 法人から、社会福祉事業全体の動向や地域ごとの経営環境、課題などの分析結果を入手しています。管理者は、毎月開催されている法人の経営会議に出席し、各事業所の収支報告や半期ごとの収支予測を確認しています。管理者は、たじま地区「地域づくり連絡会」や「相談支援連絡会」などに出席し、地域における福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関する情報を収集しています。収集した情報を職員会議で報告し、設備の整備や職員体制などの分析に活用しています。</p>	
【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。	b
<p><コメント> 管理者は、毎月開催されている法人の経営会議に出席し、法人の経営状況や委員会の活動状況を共有しています。拠点共通の課題は、法人委員会が中心となり解決に向けて取り組んでいます。各事業所内への展開については、管理者がリーダー会議や職員全体会議で課題を報告し、職員に周知するとともに、係や担当者を任命し、課題の解決に向けて取り組んでいます。管理者は、係や担当者によって、取り組み状況に差異が発生していると感じており、対策を検討しています。</p>	

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。	b
<p><コメント> 法人全体では、中・長期計画を策定し、定期的に見直しています。昨年度から、法人の中・長期計画を受けて、事業所としての中・長期計画を策定しました。法人の中・長期計画を踏まえ、「拠点型施設として地域に根差し、選ばれる施設となる」ための課題を設定し、改善するための施策、スケジュールを設定しました。施策数が多いため、今後の中・長期計画の見直し時に絞り込みが必要と考えています。また、事業所の中・長期の収支計画が策定されていません。</p>	
【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
<p><コメント> 法人では、中・長期計画に基づき単年度の法人事業計画を策定しています。法人の事業計画には、法人の計画、各委員会活動計画、各事業所の事業計画が掲載されています。年度計画は、課題ごとに責任者と実施スケジュールを設定し、進捗状況が評価できるよう定量的な表現となっています。施設の改修費は、単年度の収支計画への反映に留まっています。中・長期の収支計画が策定された際には、整合性を図ることが期待されます。</p>	

(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。

b

<コメント>

中・長期計画や単年度の実行計画の検討は、課長、係長、リーダー、サービス管理責任者が中心となっています。前期の事業報告書は4月に完成するよう取りまとめています。来期の事業計画書は2月中に策定し、3月に法人の経営会議で決定します。事業報告書と事業計画書は職員会議で共有するとともに、会議欠席者には回覧しています。上期終了後に進捗状況の評価し、法人に報告しています。今後は、契約社員やパート社員に対しても、計画を周知することが期待されます。

【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。

b

<コメント>

事業計画の主な内容が利用者や家族に周知されていません。年2回の家族懇談会や個別面接時の説明の中で、口頭で事業計画に少しふれる程度で、内容の説明までには至っていません。事業計画は、利用者への福祉サービスに関わる事項であることから、主な内容をまとめた資料を用いて説明するなど、利用者や家族がより理解しやすい工夫が期待されます。

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。

b

<コメント>

福祉サービスの質の向上にむけて、職員の能力向上や職員のモチベーション向上などに取り組み、継続的に評価しています。強度行動障害者支援に関しては、更生相談所の心理職をアドバイザーとして招き、定期的にケースカンファレンス（検討会）を実施し、組織的にサービスの維持向上に努めています。これまでに事業所の自己評価は実施していません。今回、事業所として、第三者評価を初めて受審しています。評価結果を分析・検討する場を設けることが期待されます。

【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>

評価結果を分析し、課題の抽出、分析をし、職員会議で説明していますが、パート職員の中には、参加できない人も存在します。係長やリーダー職が現場職員の意見を確認し、改善計画を検討しています。管理者は、現場職員の意見を確認しているものの、検討自体も現場職員の参加が必要と感じています。今回の第三者評価の受審を契機に、現場職員も参加し、結果を評価・分析し、改善計画を立案（P）・実施（D）し、結果を評価（C）・見直す（A）活動に取り組むことを計画しています。

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。

b

<コメント>

体制図と各委員・係の一覧表を作成し、管理者の役割を明確にしています。業務分掌において、管理者の責任と役割を記載していますが、職員への更なる周知が必要と感じています。災害や事故などの緊急時におけるマニュアルに所長の役割を明記していますが、今後は、不在時の権限移譲や命令経路についても明文化することが期待されます。

【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>

法人の規程集は、職員が随時事務室でパソコンで閲覧できる状況になっています。管理者は、定期的に障害福祉情報サービスかながわのホームページを確認し、最新の情報を収集しています。障害者総合支援法、障害者差別解消法、虐待防止法、労働基準法、安全衛生法などについて、職員会議で職員に周知しています。特に、利用者の人権等に関しては、毎月定期的に気になる接遇や良かった接遇などを全体会議の中で取り上げて、グループワークを実施し、職員へ注意喚起しています。

(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。

b

<コメント>

管理者は、年度の事業計画書において、職員が知識や専門的スキルを向上させることにより、福祉サービスの質の向上と職員の負荷軽減に繋がることを示しています。リーダー層には理解されていますが、現場職員は支援で多忙なこともあり、管理者の意図が十分伝わっていないと感じています。今後は、現場職員との面談やヒアリングの機会を増やし、丁寧に説明する予定です。現場職員との双方向のコミュニケーションを通じて、管理者の意図に対する理解を深め、人材育成に繋げることが期待されます。

【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。

b

<コメント>

管理者は、法人の経営会議に出席し、職員会議で各事業所の収支状況を伝えています。労務関係では、有給休暇の取得を促すとともに、残業時間が増えている職員が発生した場合には、状況を確認し業務の偏りを見直しています。人事面では、働きやすい環境づくりに取り組んでいますが、現場社員の更なる理解が必要と感じています。管理職の取組が働きやすい職場の実現にどのように結びつくのかについて、現場社員に対し、より一層丁寧に説明することが期待されます。

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。

第三者評価結果

【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。

b

<コメント>

各事業所の人員補充要望に基づき、法人が採用計画を策定しています。ハローワークや新卒採用イベントの活用、ホームページへの採用情報掲載など、人員確保に取り組んでいます。福祉専門職配置基準を満たすためにも職員の勤務経験を把握し、要件を満たした職員に対して資格取得を促しています。リーダー層の人材育成が急務であり、育成や人員補充に努めていますが、計画が達成できていません。現在、従業員にとっての事業所の魅力を取りまとめ、今後の採用活動に活かすことが期待されます。

【15】 II-2-(1)-②
総合的な人事管理が行われている。

b

<コメント>

職員ガイドブック「Smileレシピ」には一般職員を対象に、期待する職員像を明文化しています。「Smileレシピ チューター編」には、入職3～5年目の先輩職員を対象に、期待する職員像を明文化しています。法人としてのキャリアパスは現在作成中です。先行して、事業所独自に「キャリアパスノート」を作成し、今年度より運用を開始しています。運用後に職員から様々な意見が寄せられており、今後の「キャリアパスノート」の改善に活かすことが期待されます。

(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

<コメント>

勤怠管理システムを活用し、職員の残業、有給休暇状況などを把握しています。健康診断や定期面談、年1回のストレスチェック、年2回のセルフチェックを実施しています。ストレスの比重が高い職員には、産業医等による巡回面談を実施しています。また、出産休暇や育児休暇、時短勤務など、職員のワーク・ライフ・バランスに配慮しています。職員が、施設長、係長やリーダーなど宛先を指定して直接意見を伝えることができるアンケートシステムを活用し、改善に繋がっています。

(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。

b

<コメント>

法人としてのキャリアパスは現在作成中です。先行して、事業所独自に「キャリアパスノート」を作成し、今年度より運用を開始しています。職員は、個人予定表に短期目標（1～2年以内の目標）と長期目標（3～5年以内の目標）を記載しています。年度当初、半期後、年度末の面談において達成度を確認しています。事業所では、リーダー・係長像を具体的に示し、職員の目標設定に活用することを計画しています。今期中に具体化することが期待されます。

<p>【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。</p>	a
--	---

<コメント>

法人では毎年教育計画を作成し、階層別の法人内研修を実施しています。外部研修では職員が希望するテーマを選択しています。出席者の報告や意見から研修を評価し見直しに反映しています。事業所独自に作成した「キャリアパスノート」には、各職員が階層別研修、職場内研修、外部研修について、月毎に受講する研修を記載する様式となっています。職員との面談の際に研修に関する感想を確認し、事業所の教育計画に反映する予定です。

<p>【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。</p>	b
--	---

<コメント>

職員の保有資格に加え、資格受験に必要な要件の充足度を把握しています。要件を満たした職員には、資格取得を働きかけています。また、更新研修の時期も把握しており、事前に勤務シフトの調整を実施しています。特に、強度行動障害者養成研修（基礎研修・実践研修）については、常勤職員に加え、契約社員の受講を推進しています。今後は、パート職員についても、教育・研修の機会を設けることが期待されます。

(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。

<p>【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。</p>	b
--	---

<コメント>

実習生受入要領に、基本姿勢、研修・育成について記載しています。実習生受入要領には、手順・配付物・実習方法・記録・学校との評価や振り返りについて記載しています。介護福祉指導者資格をもつ職員が実習を担当しています。実習日程とプログラムを作成し、実習の振り返りアンケートを通じて、実習内容を見直しています。実習生受入要領の改訂が必要な箇所があることを認識しています。計画的に改訂することが期待されます。

3 運営の透明性の確保

<p>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</p>	第三者評価結果
<p>【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。</p>	b

<コメント>

法人ホームページに理念や基本方針を記載しています。ワムネットに法人の事業報告、予算、決算情報を公開しています。苦情・相談の体制や内容は事業報告に記載しています。第三者評価の受審は初回のため、今後公表予定です。以前は、事業所の活動やお知らせなどを記載した「たじま便り」を掲示板に掲示していましたが、活動状況を知ってもらうため町内会の全戸配付に変更しました。今後は、事業所の活動内容に加え、法人の理念や基本方針についても説明することが期待されます。

<p>【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。</p>	a
---	---

<コメント>

経理マニュアルを整備し、事務処理ルールを可視化しています。経理や事務が適正に処理されているかについて、法人から内部監査を受けています。今年度は、小口現金について法人から内部監査を受けました。法人が、税理士から経理処理に関する指導を受けています。指導事項の内容によっては、法人からの指示に基づき事業所のルールを見直しています。

4 地域との交流、地域貢献

<p>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>	第三者評価結果
<p>【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。</p>	a

<コメント>

事業計画書の基本方針には「拠点施設としての地域社会における共生と暮らしを支える総合的支援」を掲げています。事業所の地域交流スペースや会議室、キッチンを近隣の方々に貸し出し、ポッチャ、料理教室、気功体操など様々な活動の場として活用されています。「たじまこそだてフェスティバル」「福祉の集い」など地域の人々と利用者との交流の機会を設けています。

<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
---	---

<コメント>

ボランティア受け入れ規定、並びに、ボランティア受け入れの手引きに沿って、登録手続きや事前説明、ボランティアの配置を行っています。手引きには、施設におけるボランティア受け入れのポイントや個人情報・肖像権保護などの留意事項を記載しています。毎年川崎区社会福祉協議会が開催しているチャレンジボランティアや地域教育会議の中学生対象とした職業体験も受け入れています。ボランティア受け入れ後は、振り返りも実施しています。

(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
---	---

<コメント>

法人理念として「地域福祉のネットワーク」「多様なサービスの開発」を掲げています。外部の相談支援事業所、訪問介護、訪問看護、日中一時預かり事業所、川崎市更生相談所、医療連携機関などと会議を開催し、意見交換しています。会議の中で、医療ケアが必要な子どもから大人の障害者の日中活動・ショートステイの場の必要性が議題となりました。外部施設と連携して対応する方法を検討し、可能な範囲から試行しています。

(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
---	---

<コメント>

コロナ禍を契機として、併設の事業所とともに、子ども食堂やフードパントリーなどの食糧支援を実施しています。川崎区社会福祉協議会と連携を密に図り、必要な食糧の確保や、食糧配布から見えてきた課題に対して、行政に提言し、活動しています。新型コロナウイルスが5類になった後も食糧支援の必要性が認識されたため、子ども食堂やフードパントリーの活動を継続しています。

<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
--	---

<コメント>

地域の二次避難所として、隣接する支援学校と協力し、住民の安全・安心のための備えや備蓄を実施しています。拠点施設を活用して、子ども食堂を実施しています。子ども食堂では、子どもから高齢者、障がい者の方々の役割を持った活動の場となっています。事業所への訪問が困難な家庭には、配食サービスを実施しています。「社会福祉施設と地域のつながり方」「子どもたちの笑顔を守るために私たちができること」などの地域講座を開催しています。

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

<p>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>	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>	b
--	---

<コメント>

理念の第一項目に「個人の尊厳」を掲げ、新入職員や異動職員が参加する研修で理念や職員行動指針について説明しています。「障がい者虐待の理解と防止マニュアル(差別解消法含む)」に職員行動指針を明示していますが、倫理綱領は例文記載にとどまっているため策定が望まれます。職員マニュアル「Smileレシピ」には権利侵害の機序を説明し、権利擁護をわかりやすく解説しています。マニュアル類は書棚に格納し、職員がいつでも閲覧できるようにしています。職員はオンライン研修サービスを利用して、基本的人権や権利擁護について学ぶ機会を得ています。

<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
---	---

<コメント>

マニュアル類は入職時に職員に配布し、初任者研修や新規採用職員研修では、法人策定の権利擁護ガイドラインに基づいて説明しています。職員行動指針に「プライバシーの保護に最大限の努力をします。」との文言が明記されています。接遇マニュアルに記したプライバシーへの配慮として、書類やパソコン画面のプライバシー情報の取り扱い方にも注意喚起しています。また、パーテーション、衝立、カーテンなどプライバシーが守られる環境づくりをしています。事業者と職員の守秘義務を重要事項説明書に明記し、契約時に利用者と家族に伝えています。

(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】 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>

パンフレットを支援学校や相談支援事業所、区役所障害福祉課、支所に持参しています。地区のまつりや子どもフェスティバルのブースにも置いています。一日の流れ、活動の紹介、アクセス、またセンター全体の特色などを簡潔にわかりやすく説明しており、利用状況がイメージできる写真を多用しています。隣接する支援学校生が卒業後の居場所として、事業所利用を選ぶことが多く、家族との見学に応じています。その後、実習生としての実地体験を経て、意向を確認していきます。パンフレットの内容変更や写真の入れ替えなどを随時行っています。

【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

<コメント>

利用者や家族の思いや意向を確認しながら、最善策を考えていきます。親の過干渉、ネグレクト、生活困窮、家庭内暴力など家庭の抱える問題は多様であり、時には時間をかけて対応しています。契約書、重要事項説明書、個人情報使用同意書、料金についてもしっかり説明して、納得を得て進めています。外国籍の方が多く、日本語の理解が困難な場合は、保護者の母語やローマ字表記を使用して、個別支援計画などを書き直しています。送迎の時間や乗車場所の変更時には、写真を使用するなどして、わかりやすく丁寧な対応に努めています。

【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

<コメント>

サービス終了や事業所変更の際は、サービス管理責任者や併設の家庭支援センター職員がフォローする体制となっています。通所できなくなったり、長期入院している利用者との関わりや継続を重視し、通所再開につなげています。グループホームや施設に入所した利用者が退所に至った場合なども、家族からの相談に応じています。サービス終了後も電話や書面で相談を受けていますが、相談窓口や担当者を明記した文書を渡していません。引き継ぎの書類としてはフェイスシートやアセスメントシートがあり、それらは状態変化時に適宜更新しています。

(3) 利用者満足の上昇に努めている。

【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

<コメント>

年1回、利用者嗜好調査、4年ごとに権利擁護アンケートを行っていますが、定期的に事業所のサービス全般についての満足調査は行っていません。年2回の面談の際に、家族からサービスへの満足度を聞き把握しています。毎年開催の家族懇談会でも、家族の満足や要望、希望を聴取しています。今年11月に発足する運営推進会議には家族を始め、町内会役員や民生委員の参加が予定されており、率直な意見や要望を聴取できる機会として、また事業所運営の透明性やサービスの質向上に向けて新たな一歩を踏み出すことが期待されます。

(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

<コメント>

苦情解決体制として苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員を整備し、重要事項説明書への記載や施設内のポスター掲示により、利用者や家族への周知を図っています。連絡帳や電話連絡、投書箱により苦情を受け付け、リスク苦情解決委員会作成のガイドラインに沿って内容を記録し、月次報告書にまとめます。検討結果や改善策は連絡帳への記載や電話連絡により、必ず家族にフィードバックするとともに、年次の事業報告書にその内容と解決策を公表しています。解決への経過を利用者の個人ケア記録に記載し、職員間で情報共有に努めています。

【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>

年度初めに施設の職員紹介冊子を家族に配布して、職員の誰にでも相談できる旨を伝えていますが、その説明文は作成していません。困りごとや悩みごとの相談窓口として、川崎市障害福祉施設事業協会の活動内容を記載したポスターを掲示し、活動を周知しています。相談対応は相談室やボランティア室など、利用者や家族のプライバシーが守れ、ゆっくり傾聴できるスペースを確保しています。また、心身の状態や事情によって、施設に来ることができない家族の要望に応じて、家庭訪問での相談や意見聴取も行っています。

【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>

利用者や家族からの相談や意見に対して、その都度迅速かつ適切な対応を心掛けています。家族からの意見を基にサービス提供を見直し、医療的ケア対応の詳細を看護師が確認し合ったり、外出先の選択肢を増やすなどの取組が実現しています。相談対応について対応方法を記載したマニュアルが作成されていないため、今後の整備が期待されます。

(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。	b
---	---

<コメント>

所長をリスクマネージャーとし、係長やリーダーが現場でのフォローを担っています。リスクマネジメント委員会を設置し、事故対応マニュアルを整備しています。事故発生時には発生要因の分析、改善策の検討と実施を行い、事故報告書を作成して、毎月の全体会議で職員に周知しています。帰り支度の際に利用者の持ち物を入れ忘れてしまうなど、同じような事故やヒヤリハット事例が続くことがあり、人員不足による職員の疲労感や注意力低下への対処も含めて、より有効な対応策を検討中です。

【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>

法人の医務衛生委員会で感染症対策マニュアルを作成し、毎年定期的に見直しを行っています。コロナウイルス、インフルエンザ、ノロウイルス等の感染症の蔓延予防に向けて、手洗い、手指消毒、うがいの励行とともに、テーブルや手すりの消毒、空間除菌を併行しています。コロナウイルス感染予防として、アクリル板の設置、食事支援時のエプロン着用を継続しています。また「二次感染者を出さない」をモットーに、医療用抗原キットを揃え、検査ができる体制を整えています。感染症勉強会の定期的開催を課題としています。

【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やっている。	b
--	---

<コメント>

危機管理委員会の指導のもと、事業継続計画(BCP)を策定中です。避難訓練は施設全体で行い、夜間の地震、火事、水害を想定しています。災害時の職員安否確認方法は、携帯電話の連絡網アプリを使用しています。管理栄養士が食料や飲水、使い捨て食器等備蓄の責任者となり、リストに賞味期限を記入して、130人1日分の備蓄を管理しています。賞味期限が近付くと給食で提供し、無駄なく活用しています。川崎市の二次避難所の指定を受けて、平時から自治体や消防署や町内会などと情報やマニュアルの共有を行っています。

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。	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福祉サービスが提供されている。	a
---	---

<コメント>

一般職員を対象に職員ガイドブック「Smileレシピ」、入職3~5年目の先輩職員を対象に「Smileレシピ チューター編」を作成し、一般的な業務から制度理解、医療対応などを記載しています。「職員接遇対応マニュアル」「個人情報保護規定」「障がい者虐待の理解と防止マニュアル」など、標準的な実施方法で実例に基づいた留意点を記載しています。食事・排泄・入浴・移動・移乗等の標準的な実施方法については、画像でマニュアルを作成し、内部研修を実施して周知に努めています。

【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
---	---

<コメント>

マニュアルに基づきOJTを実施し、日々の業務引き継ぎや職員会議等で気づいたことについて意見交換し、職員からの提案や職員会議の検討内容等を踏まえ、随時改訂しています。今年度の実行計画には、アセスメントシートを見直し、より一層、意思決定に関するアセスメントを実施すると記載がありますが、見直しのタイミングは記載していません。今後は、標準的な実施方法の検証・見直しをするタイミングを設定し、定期的の実施することが期待されます。

(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支援計画を適切に策定している。

a

<コメント>

サービス管理責任者を中心に、担当職員、グループ職員、看護職員等がアセスメントに基づき個別支援計画を策定しています。計画策定にあたっては、職員会議で協議し、課題に応じた目標と具体的な支援内容を明確化して全職員で共有しています。特に、支援が困難な利用者に関しては、更生相談所の臨床心理士等から専門性や客観性に基づくアドバイスを受け、実際の支援の場で確認後にモニタリング実施し、支援に反映しています。

【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

<コメント>

サービス管理責任者と利用者の担当職員が協働し、支援会議で個別支援計画の進捗確認を実施しています。年2回利用者・家族と面談し、同意を得たうえで支援を実施しています。利用者の心身の状態に変化が生じた際は、随時個別支援計画を見直しています。個別支援計画作成に必要な資料は、パソコンに保管しています。また、各利用者のケースファイルにも取りまとめており、いつでも確認できるようにしています。

(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

【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

<コメント>

利用者に関する情報はケースファイルにとりまとめており、職員間で活用しています。記録内容や書き方は、管理者がチェックし、記載事項の洩れなどを指摘しています。パソコンでの文書確認、朝の申し送り、全体会議などで、全職員が情報を共有出来るよう努めています。職員により、記載内容にバラツキがあるため、管理者は、標準的な記載事項の見本を整備するとともに、職員を指導するリーダー層にも記録内容に関する教育を計画しています。

【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。

b

<コメント>

法人の個人情報保護規定を全職員に周知しています。管理者を記録管理の責任者とし、法人共通の業務マニュアルや内部研修等を通じて職員教育を行っています。「個人情報保護規定」を周知し、全職員から守秘義務・個人情報保護に関する誓約書を取得しています。管理者は、職員間で個人情報保護の重要性に関する理解度にバラツキがあると感じています。今後、個人情報管理の重要性と漏洩時の影響を教育する事を計画しており、期待されます。