

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わるようにしている。
- ・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。

1-3 事業計画の策定

1-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている

【4】	1-3-(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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 		
		第三者評価結果
【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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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げるようにしている。 		
【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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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保護者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。 		

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

【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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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】	I-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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できるようにしている。 ・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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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なっている。 		

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。 		

		第三者評価結果
【15】	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている	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・定着に取り組み働き易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
------	--	---

<コメント>

- ・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
------	------------------------------------	---

<コメント>

- ・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
------	--	---

<コメント>

- ・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
------	-------------------------------------	---

<コメント>

- ・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
------	---	---

<コメント>

- ・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に受審しており、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
------	--------------------------------------	---

<コメント>

- ・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。
- ・CAMP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
------	--	---

<コメント>

- ・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
------	--	---

<コメント>

- ・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
------	---------------------------------------	---

<コメント>

- ・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
------	---	---

<コメント>

- ・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>	
・事業計画や事業報告策定を通して利用者尊重意識を確認し、また、日常業務でチームミーティングを開催し、多職種で共通理解を持つよう努めている。	
・個別支援計画書作成前に、家族の意向や要望、医療や関係機関などの指示指導内容を把握しており、計画に反映させることにしている。	
・年1回、医療面談・個別支援計画の面談を行い意向ニーズを把握し、必要に応じて見直しを行い、可能なかぎり利用者の障害特性やライフステージに合わせた主体的な意思決定支援に努めている。	

【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>	
・日常的な支援においては、居室・デイルーム・脱衣室・トイレなどにカーテンを設け、利用者のプライバシー保護の徹底に努めている。	
・排泄や入浴介助時は同性で行うなど配慮している。家族・後見人以外の面会は、家族・後見人の了承を求め問題ない場合のみ面会してもらっている。	

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>	
・利用希望者に対しては電話での問い合わせをはじめ、パンフレットによって支援の基本的な方針や活動サービスなどについて説明している。	
・サービス開始にあたっては契約書や重要事項説明書をもとに手稲に説明し、また、個別支援計画書については、利用開始時以降は3か月ごとの更新を原則とし、家族などに説明して同意を得ている。	
・法人として個人情報保護に関する規程を設けており、利用開始時に説明し同意を得ている。	

【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>	
・サービスの開始・変更にあたっては、都度保護者などには個別支援計画書を書面を用いて面談の機会を設けて説明し同意を得ている。	
・個別支援計画書には利用者一人ひとりの障害特性に配慮した支援内容を明記しており、保護者へ理解を深めてもらえるようにしている。	
・心身状況などが変化した際には、随時支援プログラムの見直しを実施して保護者の同意を得ている。	

【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>	
・他施設への移行にあたっては、必要に応じて区のケースワーカーやかかりつけ医、相談支援専門員などと連携した対処することになっている。	
・個別支援計画などのサービス提供状況に関しての情報を提供し、サービスの継続性に配慮して利用者や保護者の不安を感じさせないように配慮している。ただし、利用者情報を外部へやり取りする際には、個人情報保護規程によって対応することになっている。	

III-1-(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	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回開催している施設運営の意見交換会を開催して各所属長・家族の出席のもとに開催している。 ・一部の利用者においては、生活スケジュールなどを自分自身の考えや希望などを盛り込んで、作成できるようにしている。 ・サービス担当者会議や個別支援計画書作成時の面談を通じて、意思決定支援ガイドラインに準じて個別支援計画書の改善・共有に取り組んでいる。 ・利用者の意思を尊重し、衣類・食べたいもの・活動などの選択を意図的に自己決定するように努めている。 		

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"> ・法人として苦情処理体制を設けており、契約時に利用者・家族などには重要事項説明書で詳しく苦情解決責任者・受付窓口・第三者委員・川崎市福祉事業所など苦情解決支援事業事務局などの連絡先を明記し周知している。 ・重要事項説明書は事業所内にも掲示しており、誰にでも苦情解決制度を理解できるようにしている。 		

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"> ・法人で苦情処理体制を設けており、苦情解決責任者・受付窓口・第三者委員・川崎市福祉事業所など苦情解決支援事業事務局などの連絡先を重要事項説明書に明記している。 ・重要事項説明書は事業所内にも掲示しており周知徹底に努めている。また、家族などが面会に来た際や意見交換会の折に意見を聞いたり、相談を受け、日常的にコミュニケーションを図ることにしている。 ・日常ではコミュニケーションボードや絵文字・絵カードなどを使い、本人の表情に注意を払いリラックスできるように努めている。 		

【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・家族などからの相談・意見・苦情などを受けつけた場合には、記録に残すようにしており、必要に応じて施設長・関係所属長と協議し早急に回答するよう努めている。 ・身体拘束などにつき、利用開始時または年1回の面談時に説明し同意書を得ているが、日々スタッフ間で不要な拘束をしていないか確認しており、必要に応じて関係者と協議検討して各関係機関とも連携して対応する体制を整えている。 		

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"> ・現場安全管理対策委員会を設け、事故報告・ヒヤリハット報告と対策について協議を行っている。また、医療安全管理対策マニュアルをはじめ、その他各種リスク対策マニュアルを整備し安心・安全なサービス提供に必要な対策対応に取り組んでいる。 ・昨今の異常気象、災害停電などを鑑み、防災委員会が大規模災害に備えて事業継続計画を策定して対応に取り組み、リスクマネジメント体制は構築されている。 		

【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"> ・感染症対策委員会を設け、職員に対し研修を開催して感染症などの最新情報を提供している。また、感染症対策マニュアルを見直して最新情報を盛り込んだものになっている。 ・リネン類は原則、毎日交換し清潔を保っており、食事テーブルや医療処置カートなどは使用毎に消毒するなど清潔にしている。 ・浴室内は水捌け用マットを使用し、物品類も整理整頓に努め、衛生を保つため、毎日ストレッチャーや浴槽などの清掃を行っている。 ・事業所内には加湿器を備え置き、空気乾燥を防いでいる。 ・事業所内は毎日、専門の清掃業者による清掃を実施している。 		
【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"> ・防災委員会を設け、消防訓練を毎月、消防署や地域住民との消防訓練を年2回行っている。 ・災害用備蓄物資の確保、自家発電機の保守点検などを定期的に行っている。 ・麻生区自立支援協議会に参加し、地域の防災について協議している。 ・各種リスク対策マニュアル、特に大規模災害や水害などを想定して事業継続計画の策定にも取り組んでおり、利用者の安全確保に努めている。 		

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サービスが提供されている	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理解を促している。 		
【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。 ・一人ひとり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に記載し、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
------	---------------------------------------	---

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
------	--	---

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
------	---------------------------------	---

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 		
---	--	--