

## 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

|   |                                   | 第三者評価結果 |
|---|-----------------------------------|---------|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。   |                                   |         |
| 【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><br>事務所内に法人の理念、基本方針が掲示しており、事業所のパンフレットにも理念を掲載し、ルビをふって分かりやすくなっています。<br>毎週木曜日の職員会議で職員ハンドブックの理念の読み合わせを行っています。職員会議のレジュメは所長が作成し、理念を記載する項目があり、毎回職員に言ってもらい、確認しています。 |                                   |         |

#### I-2 経営状況の把握

|   |   | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| 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><br>毎月1回川崎市自立支援協議会に参加し、生活介護事業所や相談支援センターなどと情報共有を行っています。<br>川崎市のホームページや川崎市社会福祉協議会の具体的な取り組みなどの情報を把握しています。法人本部から送られてくるウエルフェアレポートを読み、社会福祉事業全体の動向を把握、分析しています。             |   |         |
| 【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><br>毎月法人の所長会議で理事長から経営課題の説明があり、所長間で共有しています。横浜ベイエリア地域の15施設が集まって開催するエリア所長会議で、所長が施設の経営状況などを発表しています。発表では分かり易い資料を配布し情報共有しています。<br>職員会議で所長会議やエリア所長会議の内容について話し、職員へも周知しています。 |   |         |

#### I-3 事業計画の策定

|  |                                       | 第三者評価結果 |
|--|---------------------------------------|---------|
| 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><br>法人で中期計画(マスタープラン)を策定しています。中期計画には理念と基本方針・ミッションを載せ、法人の現状分析をし、5年後のビジョンを定めています。<br>3つのビジョンは「①利用者主体のサービスを実現するために②職員の働きがい・生きがいを実現するために③魅力あるサービスと健全な経営を実現するために」です。 |                                       |         |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 【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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の中期計画のビジョンの実現に向けた単年度事業計画を事業所で策定しています。今年度の重点目標は、就労継続支援B型事業の清掃作業の強化です。</p> <p>昨年度川崎市主催の「お掃除プロジェクト」(清掃委託・育成)に3名の利用者が参加し、実習先の企業から清掃の受託契約をもらったので、清掃スキルを向上し、新規の受託ができる体制作りをします。</p> |   |   |
| I-3-(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・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。 | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は前年度の事業報告書に基づいて、職員会議で職員の意見を聞いて、反映させたものとなっています。年度中間で評価をし、中間報告書を作成し、年度末には事業報告書を作成し、法人へ提出しています。</p> <p>職員へは事業計画書と事業報告書を配布するとともに、常時閲覧できるように書庫に常備しています。</p>                     |   |   |
| 【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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>家族会では、5月、10月、3月に事業計画、中間報告書、事業報告書について所長より説明し、書面でも配布しています。欠席した家族には連絡袋に入れ渡しています。</p> <p>利用者には年間予定表を作成し、行事予定や目標工賃額などを掲示し周知しています。また利用者会を随時開催し、計画に沿った各種行事開催であることを説明しています。</p>        |   |   |

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

|  |   | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のニーズに合った個別支援計画を作成し、個別支援計画に基づいた支援を行っています。3か月に1回、計画相談員とケース会議を開き、モニタリングを実施し、サービスの評価を行っています。</p> <p>川崎市障がい福祉施設事業協会から第三者委員が3か月に1回来訪し、利用者の意見、要望、苦情などを聞いてもらい評価をしてもらっています。</p>     |   |         |
| 【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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画、サービス等利用計画を作成し、サービス内容は職員間で検討し、情報共有しています。個別支援計画は随時見直しを行っています。</p> <p>指定障害福祉サービス事業所の自己点検シートを作成し、サービス内容の振り返りを行っています。第三者評価の結果の改善計画を作成し、課題については職員会議で話し合い、改善に向けて取り組んでいます。</p> |   |         |

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

|  |  | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。   |  |         |
| 【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>&lt;コメント&gt;</p> <p>所長は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいます。法人の職務管理規定に所長の職務について明記されています。毎年事業所の職務分担表を作成し、事務所、施設内に掲示しています。</p> <p>緊急時の判断は所長がしていますが、所長不在時の権限委任者も明示してあります。毎週職員会議のレジュメは所長が作成し、職員の意見をまとめ指導しています。</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。       | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人が作成した法令遵守規定が整備されています。所長は管理職研修や外部研修に参加し、経営理念やコンプライアンスについての理解を深めています。</p> <p>職員会議で行動指針や倫理行動マニュアルを読んで、職員へコンプライアンスの意識を高めるよう指導しています。職員は入職時研修でも法令遵守についての説明を受けています。</p>                              |  |         |
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>6か月毎に個別支援計画会議を開催し、個別に利用者の支援について職員と話し合い、評価しています。工賃評価会議も年2回開催し、半年間の利用者の作業の生産性の評価、見直しを行っています。</p> <p>第三者委員の定期訪問、相談支援センターやケースワーカーなど他機関と積極的に連携し、自事業所の評価を受けるように取り組んでいます。</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。     | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月予算書、月次試算表を作成し、事業収支を分析しています。利用者の出席状況を把握し、職員会議で周知しています。収支も数値で職員へ知らせ、業務の効率化に努めています。</p> <p>残業を少なくし、職員それぞれの家庭事情を考慮して、短時間勤務や有給取得など生活リズムにあった働き方に対応をしています。</p>                                       |  |         |

II-2 福祉人材の確保・育成

|   |   | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されています。常勤職員の採用は法人本部で行い、非常勤職員は事業所で募集し、一次面接は所長が二次面接はエリアマネージャーが行い、内定は常務理事が行っています。</p> <p>欠員などの人材確保はエリアマネージャーを通じて、本部人事部に申請しています。法人で年間研修計画を作成してあり、階層別研修には該当職員が参加できるように勤務調整を行っています。</p> |   |         |
| 【15】  | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                         | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員ハンドブックに組織の一員として行動する際の各種ルールや規定が記載され、職員へ配布しています。法人の就業規則、給与規定、人事評価基準があり、職員へ配布して周知しています。</p> <p>毎年チャレンジシートに目標を記載し、それを基に上司が面談し、本人の業務に対する意向や取り組みを聞いて、評価をしています。</p>   |   |         |
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年10月に職員の意向調査を実施しています。各自パソコンから入力ができ、配置転換の希望や面談の希望、今の職場の満足度などを答え、職場に不満がある場合は理由を入力し、本部で集計を行っています。</p> <p>有給管理表、月次精算表、時間外勤務申請書を所長が随時確認し職員の勤怠を適正に管理しています。法人内のメンタル相談機関(安心110番)の利用を促すなど職員の心身の健康に配慮しています。</p>   |   |         |
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>チャレンジシートにて一人ひとりの目標設定を行っています。常勤職員は毎年チャレンジシートに目標と目標達成のための具体的な方法を記載し、上司と面談をしています。</p> <p>年度中間と年度末にも目標達成状況と問題点を記載し上司と面談し、上司のコメントを記載し法人本部へ提出しています。チャレンジシートを用いて育成に取り組んでいます。</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。  | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人が年間研修計画を作成しています。入職1日目から7日目までと役職別の階層別研修があり、該当する職員は参加できるように勤務調整をしています。その他にエリア主催、部会主催、専門研修、委員会等主催の専門分野別研修があります。</p> <p>行政からなど各種研修案内がメール配信されてきますので、職員へ転送し、希望者には参加できるよう配慮しています。</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。                       | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の階層別研修には該当する職員は必ず参加できるように勤務調整をしています。外部研修の情報を職員へ知らせ、希望者には参加してもらっています。障がい者虐待防止・権利擁護セミナーや県の発達障がい支援センター支援者向け研修、企業・障がい者就労支援機関合同研修など各種研修に毎月参加して資質向上を図っています。</p> <p>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を行っています。研修レポートと資料を回覧し、職員間で共有しています。</p> |   |   |
| 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。   |   |   |
| 【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。 | c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者への支援を中心に考えており、実習生の受け入れを行っていません。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ておらず、職員への教育・研修を行っていません。</p>  |   |   |

### Ⅱ-3 運営の透明性の確保

|  |  | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| 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。       | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のホームページには、理念、基本方針、事業計画、事業報告、予算、決算報告が公表されています。家族会で、第三者評価結果を公表してあるアドレスを説明しています。</p> <p>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は配布していません。毎月発行している事業所の広報誌「わーくす川崎通信」に事業内容、レクリエーション、今月の予定、所長のコメントなどを掲載し、利用者・家族には配布しています。</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。 | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の業務分担表は掲示し職員へ周知しています。法人は毎年外部監査を受けています。事業所は法人事務局が毎年内部監査を実施しています。</p> <p>サービス利用ファイルなどを整え職員の勤務状況、会計・経理関係などの監査・評価を行っています。評価結果はパソコンのクラウドで見ることが出来ます。所長会議で改善する内容などを報告しています。</p>   |  |         |

### Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

|  |                                      | 第三者評価結果 |
|--|--------------------------------------|---------|
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域町内会が主催する盆踊り大会に参加し、地域住民と交流を図っています。近隣のごみ拾いや市の依頼のチラシのポスティングを行い、近隣の人と挨拶を交わしています。</p> <p>行事で日帰りバス旅行や外食レクリエーションに定期的に出かけています。相談支援センターやケースワーカーと連携しながら、自立に向けたグループホームや移動支援の利用なども促しています。</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。           | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地区社会福祉協議会を通じてボランティアの募集を行っています。また本部人事部から教育機関への発信も行っています。高校生、大学生のボランティア要請は可能な限りすべて受け入れをしています。ボランティアには作業の検品や利用者の見守りなどをしてもらっています。ボランティア受け入れ規定、誓約書を整備し、初日には研修を行うなどボランティア受け入れ態勢が整っています。</p>       |  |   |
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。  |  |   |
| 【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>&lt;コメント&gt;</p> <p>川崎区自立支援協議会広報部会に所属し、チラシ作りなどを協働で行っています。川崎市障がい福祉事業協会や就労支援ネットワーク会議、ふれあいプラザ連絡会議などに定期的に参加し、連携をとっています。地域の障がい福祉案内冊子を常備し、職員はいつでも見ることが出来るようになっています。</p>   |  |   |
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所が入っている館内(ふれあいプラザかわさき)の1階には老人福祉地域交流センター、シルバー人材センターなど高齢者の施設があり、3階には子供文化センター、視覚障がい者情報文化センターがあります。年2回「ふれあいプラザ連絡会議」に参加し、館内他施設と情報交換し、情報の把握を行っています。また、自立支援協議会、相談支援事業所連絡会議に参加し、課題の把握に努めています。</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。              | c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時に地域に貢献できるように、二次避難所として指定を受けています。備蓄品は6日間分を倉庫に常備しています。法人として寿町支援や他事業所の子ども食堂の支援を行っています。事業所としても地域住民の生活に役立つような講演会や研修会などを開催し、地域貢献されることが期待されます。</p>   |  |   |

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

|   |   | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人で策定した理念や職員倫理行動マニュアルに基づき、利用者が豊かで充実した地域生活や自立した日常生活及び社会生活が送れるよう支援することが明記され、事業所内に理念や具体的な指針が掲載されています。毎週職員会議を実施しており、その中で理念や指針について読み合わせを行い、職員間で周知しています。</p> <p>職員は利用者への権利擁護や虐待防止に関する研修に定期的に参加しています。利用者の尊重や基本的人権への配慮については、個別支援計画のモニタリング時に評価・確認しています。</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。               | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の基本方針に基づき、利用者一人ひとりのニーズに合わせ、プライバシー保護に配慮した支援を実践しています。プライバシーに関わることは逐一利用者本人やご家族に相談して対応しています。</p> <p>個別の利用者の写真については、プライバシー保護の観点から、外部に掲載することは原則として禁止しています。日常生活では、職員が利用者の着脱衣やトイレなどのプライバシーに配慮することを徹底しています。</p>  |   |         |
| 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。   |   |         |
| 【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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の福祉サービスの内容をわかりやすく簡潔に記載された冊子を作成しています。現在、事業所の定員は満員となっていますが、事業所見学や体験利用等の希望者には、すべて受け入れています。昨年度は27名の実績となっています。</p> <p>事業所内には、法人パンフレットや行政の作成した福祉サービスの冊子について備え付けており、いつでも閲覧が可能になっています。</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。              | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の自己選択や自己決定を尊重しており、福祉サービスの契約・変更時には必ず家族等の保護者が同伴の上、契約の各条項について例示を挙げながら、わかりやすく説明しています。</p> <p>サービス等利用計画を作成して、その内容を同意得て契約・変更を行っています。給食費の値上げに際しても丁寧に説明を行い、適切に対応しています。</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。 | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に際しては、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行うため、チーム支援を心掛けています。</p> <p>川崎区のソーシャルワーカーや相談支援センター、就労援助センター等外部の支援機関とも連携しています。利用者が他の福祉施設へ移行する場合は支援計画等が適切に継続できるように努めています。</p>  |   |         |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。  |   |   |
| 【33】  | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。          | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス等利用計画の策定時や3か月もしくは6か月のごとのモニタリング時期をとらえて、個々の利用者から満足度を聞いています。</p> <p>利用者会や家族会を通じて、利用者のやりたいこと等の要望を聞いて実践しています。直近では、屋外交渉会(リクレーション)として水族館見学や暑気払い(地域の飲食店で喫食)を実施しています。</p>   |   |   |
| 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。                | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人は、当事業所を含めて傘下にある事業所を対象に、苦情解決制度運用委員会を設置し、「苦情解決に関する規則」を定めて、苦情の解決を通じて福祉サービスの向上に繋げる体制を確立しています。事業所入り口には、苦情受付者が掲載され周知されています。</p> <p>事業所では、ここ1年間は苦情の受付がなく、(苦情が無いことも含めた)苦情状況を公表していません。苦情相談状況にもとづいた質の上向上に関わる取組は行われていません。</p> |   |   |
| 【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>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者委員への利用方法も事業所内に掲示しており、利用者が相談や意見を述べやすい環境づくりに努めています。</p> <p>事業所内には相談できるスペースがあり活用されています。「みんなの声ボックス」を常設して利用者の声に耳を傾けています。福祉サービス契約時や面談時に担当職員に言いつらいことは他の職員や、所長にいつでも相談するように周知しています。</p>                                    |   |   |
| 【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>&lt;コメント&gt;</p> <p>倫理行動マニュアル(法人職員ハンドブック)を策定しています。利用者に対する福祉サービスの基本を人間尊重主義経営を掲げており、利用者中心の支援を実践しています。</p> <p>終礼や週一回職員会議を開催しており、利用者からの相談ごとや意見について共有するとともに、業務日誌にも記録を行い、組織として迅速に対応できる体制となっています。</p>   |   |   |
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人で設置しているリスクマネジメント委員会に事業所も出席し、研修を通じて利用者の安全確保・事故防止する体制を確立しています。</p> <p>事業所で起きた事例については、事故報告書、インシデント報告書やヒヤリハット報告書に記録しており、報告者作成の都度、終礼時等に職員全員で共有し、再発防止策を検討して、安心と安全の上向上に努めています。</p>  |   |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 【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>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染対策(〇157やインフルエンザ発生時)や日常での感染対策について、マニュアルで定めており、適切な対応を行う体制となっています。</p> <p>感染症の予防や発生時の対応や処理方法や管理体制について事業所内に掲示し、周知しています。インフルエンザワクチンについては職員は全員、利用者には希望者に接種して予防策を講じています。</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。           | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の安否確認システムが導入され、災害時に備えています。年2回法人からシステムを通じた安否確認訓練を実施しています。食料や飲料水の備蓄リストを作成しており、3日分を備蓄しています。</p> <p>消防などの防災訓練は年4回実施しており、避難経路や避難場所を掲示し、事業所内で周知しています。</p>                   |  |   |

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

|   |   | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| 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。   |   |         |
| 【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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法を「職員ハンドブック」「相談支援の手引き」のマニュアルが文書化されています。</p> <p>終礼時やケース会議あるいは利用者への個別支援計画についての評価会議において、福祉サービスの実施状況を確認しています。</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。               | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の個別支援計画やサービス等利用計画の作成会議にあたっては、利用者、ご家族や職員の意見が反映する仕組みとなっています。計画のモニタリングにおいては関係機関の評価を受けています。</p> <p>利用者やご家族や関係機関の担当者を交えてのサービス担当者会議の開催に努めています。</p>  |   |         |
| 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個別支援計画を適切に策定している。            | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の具体的なニーズが明示されたサービス等利用計画を確認しながら、個別支援計画の会議を設けています。</p> <p>個別支援計画は、サービス管理責任者、利用者の担当者、作業統括者と合議しています。「働く力」「生活面」「健康」「余暇」の項目に分け現状、目標、支援内容をルビをふって分かりやすく策定しています。アセスメント表(基本情報)が作成され、利用者の状態を把握しています。</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。                  | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めています。個別支援計画のモニタリングを半年ごとに行い評価をし、見直しを行っています。見直しの際は本人やご家族、関係機関が参加するサービス担当者会議を開催し、参加者の意見を聞いて個別支援計画に反映しています。個別支援計画計画会議では職員間で内容を検討し、共有しています。</p> |   |   |
| Ⅲ-2-(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。 | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に関する福祉サービス状況については、法人の統一した記録システムを活用して記録しています。利用者ごとの「利用台帳」「ケース記録」のファイルを完備しています。終礼や職員会議や個別面談時に、職員間で情報共有し指導を行っています。</p>  |   |   |
| 【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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では「個人情報保護規定」を定めており、個人データの守秘義務や保存年限や情報開示あったときの取り扱いも取り決めしています。ただし、直近では情報開示の請求実績はありません。契約時を含めて個人情報を取り扱う場合は、その都度利用者やご家族に説明をしています。</p>  |   |   |