

## 第三者評価結果

事業所名：重症児・者福祉医療施設ソレイユ川崎

### 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

<コメント>

・新任職員研修において「基本運営方針」や「ソレイユRINRI綱領」を説明し、さらに各フロアに掲示することで関係者への目に留まり周知が図れるようにしている。運営会議では施設長から方針等が提示され、その後フロア毎にミーティングなどを通じて各職員へ伝達している。また、職員は年度初めに自身の「目標記入シート」に自己目標を設定する際に、理念や基本方針なども記載し、理解を深めるようにしている。  
・さらに、利用者や家族に対する分かりやすい資料を作成するなどの工夫や、理念等の認識度の確認も行うことも望まれる。

#### 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。	b

<コメント>

・利用者や家族、職員の意向などは各種アンケートや面談において把握し、さらに各種会議・会合に参加して近隣地域や業界動向など事業に関連する情報を把握しているが、詳細の分析までは至っていない。  
・事業所の経営状況については、運営概要を作成する過程で経営状況をまとめて毎月本部に報告しており、事業所ごとに前年度累計と比較できるようになっている。経常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することができ、差異を分析して原因理由を追求し、次期に繋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。	b
--	---

<コメント>

・関東エリア会議、川崎北・東京ブロック会議など複数の会議体があり、事業所では理事長と関東ブロックエリア長の参加の下、定期的にキャンパス運営会議を開催している。各方面から入手した情報を協議検討して、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している。  
・事業所内ではリーダー会議や部署ミーティング、フロアミーティング等を実施しているが、経営課題等が現場職員まで届いているかの確認も必要とされる。

#### 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>

・事業所では法人本部策定の中・長期事業計画を踏まえて、事業所の実情に合った中・長期計画を策定している。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とともに、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」人生経験を積んで頂く事としている。  
・このビジョン・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】 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>

・事業所では、独自の中・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。独自の状況に合わせた単年度の計画を策定しており、運営方針、組織体制、支援方針などを大項目として列挙し、各々についてより詳しく具体的内容を明示している。  
 ・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、具体的な項目を支援実施計画として策定しており、これにもとづいて課題解決に向け、日々の業務遂行に取り組んでいる。

(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>

・毎月部署ごとにミーティングを開いて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。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し、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。  
 ・半期や年度末に対前年度比較して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げるようにしている。職員に対しては、個別の面談や運営会議等で説明、書面で回覧する等して周知に努めている。

【7】 I-3-(2)-② 事業計画は、保護者等に周知され、理解を促している。	a
--	---

<コメント>

・事業計画、事業報告について、職員には面談や運営会議で説明し、また回覧して周知し理解できるようにしている。利用者・家族などには保護者会や家族会などイベント開催時に必要に応じ説明し周知するように努めている。コロナ禍においては、感染拡大防止の観点からリモートで参加できるように環境設定し、参加していない家族には文書送付している。  
 ・利用者一人ひとりの状況に合わせた個別支援計画を策定しており、本人の意思決定支援を重視し家族とも十分に話し合い理解納得したうえで支援プランを立てている。

#### 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 保育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>

・提供しているサービスの質の向上に向けて、計画的な研修の実施により職員の知識・技術の向上に努めている。研修委員会において職員個人別に年間の研修計画を立案し、計画に沿って研修を開催している。重症心身障害者協会関連など、外部研修にも参加できるよう支援している。虐待防止委員会やマナーアップ委員会が中心となり、自己振り返りチェックシートや各種研修を実施している。  
 ・個人のサービス提供能力の質の向上に加え、医療機関など多職種間との連携により総合的にサービスの質の向上にも取り組んでいる。

【9】 I-4-(1)-② 評価結果にもとづき保育所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>

・月次、四半期、年次など定期的にミーティングを開き、事業計画の進捗状況を把握して自己チェックを実施している。また、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。これらを次期以後の事業計画策定に反映させ次に繋ぎ、サービスの質の向上に努めている。  
 ・事業所内では部署ミーティングはじめ各種ミーティングを実施しているが、課題及びその改善策の共有等が職員全体にまで及んでいるか確認できていないことを課題としている。

## 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>	
<p>・法人本部の入職時研修において、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。法人研修、施設長講義や各会議、事業所内研修等を利用しているほか、部署や職務によっては外部研修に参加し、さらに専門的なコンプライアンス知識習得にも努めている。</p> <p>・事業所内に「ソレイユR I N R I 綱領」12か条などコンプライアンス関連の規程などを備置しており、職員は何時でも閲覧して再確認し、理解を深めることができるようになっている。</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
<コメント>	
<p>・全職員に対し、法人本部の入職時研修にて、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。</p> <p>・法人研修や施設長講義、各会議、事業所内研修等を利用し、部署や職務によっては外部研修に参加するなどによって専門的なコンプライアンス知識習得にも努めている。</p>	
(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>	
<p>・職員に対しては、事業所の社会的存在意義や役割機能などについて説明し周知を図っている。また、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。</p> <p>・利用者の障害度は重度化しており、一人ひとりのニーズに応じた支援を行なうことができるように知識を深め、サービスの質の向上に努めている。運営会議などで、職員に対して状況を説明し理解を促し、対応すべき課題を事業計画において明示するとともに、目標達成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伝え、指導力を発揮している。</p>	
【13】 II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	b
<コメント>	
<p>・月単位で収支や業務遂行状況を把握し、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。また、予算実績比較表で費目別の使用率および進捗率を把握できるようになっている。</p> <p>・半期及び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している。</p> <p>・経営層は、利用者ニーズに合ったサービス提供を行うよう努めているが、経営の改善や業務の実効性向上に向けた職員の意識・合意形成にまでは至っていない。</p>	

### 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。	a
<コメント>	
<p>・職員の募集採用は法人として一括して行い、採用担当者が就職説明会などを行い人材確保に取り組んでいる。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を行っている。</p> <p>・年一回の人事希望調査を実施し、また各部署長による面談を定期的実施して職員の意向やニーズを把握できるようにしている。また、日頃から職員一人ひとりの就業状況を確認し、その職員の適性などを把握できるようにしている。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。</p>	

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

<コメント>

・新卒職員には2、5、10月に新人研修を実施した後、適性や希望など総合的に勘案して配属している。配属後には職員一人ひとりに合わせた人材育成計画・研修計画を策定して人材育成している。  
 ・定期的に面談を実施して職員の意向等を把握し、さらに日々の健康管理、就業状況の把握を行っている。人事考課、評価処遇・称賛、昇進などを連動させて、法人内異動も含め職員の適性を考慮して人材配置を行っている。新任職員研修資料に掲載している「期待する職員像」に加え、「職員自らが将来の姿を描けるキャリアパス」の策定が望まれる。

(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り組んでいる。</p>	a
---	---

<コメント>

・事業所では、キャンパス長や事務次長を中心に職員の日々の健康管理、就業状況等を把握し、さらに各部署長による面談を定期的に行って職員の意向ニーズを把握している。また、人事希望調査も年一回実施して、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。  
 ・希望休の取得などワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みも行い、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、働きやすい職場環境づくりに努めている。

(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

<p>【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。</p>	a
--	---

<コメント>

・職員に対し、入社時新任研修および全体向けの研修を行い、その後は法人全体の研修も含め、各部署では職員一人ひとりの育成計画を策定している。育成計画の策定にあたっては、各部署長による個人面談を定期的に行い、職員の意向やニーズを把握しつつ、年数、経験、資格などを踏まえた上で、一人ひとりに合わせた計画となるように取り組んでいる。  
 ・職員は「目標記入シート」に自身の目標を設定し、経営層は定期的に面接を実施して適切に進捗状況や目標達成度の確認を行い、職員の育成に向けて取り組んでいる。

<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>

・職員には、入社時新任研修や事業所の「それいゆルール」に沿った全体向け研修を実施した後、各部署配属後も一人ひとりに応じた個別育成・研修計画に基づき育成している。職員は新卒・キャリアの区別なく、一年間のOJT研修を受けることになっている。  
 ・各所属長および研修委員会にて育成・研修計画を立案し、その計画に沿って職員一人ひとりの教育・研修を行っており、職員に対しては年数、経験、資格などを踏まえて一人ひとりに応じた計画に基づき育成するように取り組んでいる。

<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>	a
--	---

<コメント>

・勤務年数、経験、資格などを踏まえて、「それいゆルール」に沿った支援を原則とした育成・研修計画を策定し、勤務シフトや出勤日などを調整して研修受講を支援している。研修委員会にて研修計画を立案し、その研修計画に沿って職員一人ひとりの教育・研修を行っている。  
 ・研修計画は、研修アンケートや研修参加伺いなどで本人の希望を受け入れ、内部、外部の各種研修を受講できるように計画立案している。また、研修の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、出勤扱いや交通費の事業所負担にも対応している。

(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>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所では実習生の受け入れを積極的に行い、「実習生受け入れマニュアル」を整備して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、業界の動向などについて説明している。</li> <li>・実習受け入れ中は、生活相談員、介護長および看護長を実習生対応職員として配置し、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。学校側とは、プログラム内容を検討・評価するなど連携して効果的な実習になるように努めている。</li> </ul>		

### 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>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・二か月に一回、家族会役員との連絡会を開催し、また年三回、施設運営の意見交換会を開催して各所属長・家族参加で情報交換・情報共有を行っている。参加できない家族には書面にて結果を知らせている。</li> <li>・事業所内では毎年医療機能情報を更新し、職員などが閲覧できるように配置している。財務情報や事業計画書などを掲示して公正公明な事業運営状況を公開している。また、会計監査や第三者外部評価を受審し、その評価結果を真摯に受け止め、書類不備の改善を行うなどして経営・運営に反映させている。</li> </ul>		
【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>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・二カ月毎に家族会役員との連絡会を開催し、また年に三回、施設運営の意見交換会を開催して各所属長・家族参加で情報交換・情報共有を行っている。参加できない家族には、書面にて結果を知らせている。</li> <li>・毎年、事業所内では医療機能情報を更新し、職員などが閲覧できるように配置している。財務情報や事業計画書などの掲示をして公正公明な事業運営状況を公開している。また、会計監査や第三者外部評価を受審し、その評価結果を真摯に受け止め、書類不備の改善を行うなどをして経営・運営に反映させている。</li> </ul>		

### 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
【23】	Ⅱ-4-(1)-① 子ども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>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ禍で現在は中止や延期をしているが、通常時はソレイユ祭りを実施して、地域の方に広報し参加を募り、利用者と参加者が一緒に食事や楽器演奏など楽しいひと時を共有して地域交流を行っている。</li> <li>・CAMPキッズ(多目的施設)を使用したイベントを開催し、事業所を公開して地域の方々の認知を広めている。自治会の祭りへの施設利用者の参加や、年二回、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取り組んでいる。</li> </ul>		
【24】	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受け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>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティア受け入れマニュアルを整備して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。</li> <li>・ボランティア希望者に対して、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。そのうえでボランティア内容は面談にて決めることとしている。</li> </ul>		



(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。

b

<コメント>

・事業所には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努めている。また、在宅サービス利用者等には近隣の地域相談支援センターに繋ぎ、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。地域の関係機関や団体等の社会資源についてのリストや資料等の作成はしていないため、今後の課題としている。

・川崎市唯一の療養介護施設として、神奈川県内の重症心身障害児・者に関する支援者育成研修等の講師を担い地域貢献に努めている。

【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。

b

<コメント>

・地域のネットワーク作りとして、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。また、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の貢献に努めている。

・麻生区自立支援協議、川崎市医療ケア児連絡調整会議を通し、地域のニーズ把握に努めているが、実質的には近隣の地域相談支援センターが情報の収集先となっているが、事業所としても主体的に活動することが望まれる。

【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。

b

<コメント>

・在宅障害児・者支援を推進するため、併設事業所で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、事業所の専門性を活かした出前講座などを定期的に開催しており、地域交流を目的とした施設の活用を行っている。

・利用者と地域住民とのつながりを増やし、地域で暮らしている実感を得られる共生社会の実現を目指している。さらに、地域コミュニティの活性化や街づくりなどに貢献することも望まれる。

### 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
<コメント>	
<p>・事業計画や事業報告策定を通して利用者尊重についての意識を確認し、さらにチームミーティングによって共通理解を持つよう努めている。個別支援計画書の作成前には、家族の意向や要望、医療や関係機関などを把握し、計画に反映させることにしている。</p> <p>・年1回、医療面談・個別支援計画の面談を行い意向や要望を把握し、必要に応じて見直しを行い、可能なかぎり主体的な意思決定支援に努めている。利用規約においても、利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場にたってサービスを提供することを明記している。</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が行われている。</p>	a
<コメント>	
<p>・写真や名前広報誌や施設内の掲示板等への掲載などの個人情報については、利用開始時に保護者等に同意を得るようにしており、その都度確認するようにしている。職員についてもプライバシー保護のためのチェックシートを用いて自らの行動を確認するようにしている。</p> <p>・利用者の居室、デイルーム、脱衣室、トイレ等にカーテンを設けるなどの環境設定をして、利用者のプライバシー保護に努めており、介助は同性で行う等の配慮をしている。家族、後見人以外の面会では、家族、後見人に了承を求めてから行うことにしている。</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>	b
<コメント>	
<p>・ホームページでは 施設概要や事業内容、アクセス、利用案内などが明示されている。事業内容は 重症心身障害施設、重症心身障害児短期入所、通園の事業区分で構成されており、それぞれの対象者が簡単に説明されているが、さらなる分かりやすさも望まれる。</p> <p>・利用希望者には、パンフレットや利用案内等を用い、基本的な方針や日中の過ごし方等を説明している。生活介護では、見学の要請は主に特別支援学校から入り、教師と保護者が見学することが多い。コロナ禍では、見学の人数や滞在時間、見学場所などの制限を設けて実施している。</p>	
<p>【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。</p>	a
<コメント>	
<p>・サービス開始にあたっては契約書や利用規約をもとに丁寧に説明し、また、個別支援計画書については、利用開始以降は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（写真利用を含む）を設けており、利用開始時に説明し同意を得ている。</p> <p>・利用規約では「2(説明義務)事業所は、本契約に基づく内容について、利用者の質問等に対して適切に説明」する旨が記載されている。</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
<コメント>	
<p>・他施設への移行や家庭復帰は稀であるが、区のケースワーカー、かかりつけ医、相談支援専門員等に対し情報提供を行っている。</p> <p>・医療機関へ入院し、退院後に施設でのサービスを再開する際に、サービスの継続性に配慮して利用者、家族が不安を感じることがないように努めている。</p>	

(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

<コメント>

・利用者一人ひとりのニーズに応じたサービス提供や介護者の身体的、精神的な負担の軽減を多方面からサポートし、個別支援に取り組んでいる。さらに、利用者のニーズに即応すべく、研修への参加等を通じて職員の人材の育成に取り組むなど、利用者満足の上昇への仕組みが整備されている。  
・2か月毎に家族会役員との連絡会を実施しているほか、年3回の施設運営に関する意見交換会を通じて、意向や要望を把握している。日常生活において、衣類、食べたいもの、活動などの選択を意図的に自己決定してもらえるように取り組んでいる。

(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、廊下掲示板にも掲示して周知している。  
・苦情を受け付けた場合は記録に残し、速やかな解決を図るように努めており、職員及び運営会議等の場で共有している。苦情内容に応じて対応方法を検討しており、個々の状況に応じて対応し回答する場合もあるが、全体的な内容については会議で共有している。

【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

<コメント>

・利用規約では、利用者及び保護者は、いつでも記載されている苦情受付窓口や第三者委員、都道府県社会福祉協議会に設置されている運営適正化委員会に苦情を申し立てることができる旨が記されている。利用規約は事業所内にも掲示しており周知徹底に努めている。  
・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ようにしている。さらに、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。

b

<コメント>

・利用規約では、事業所は苦情の受付・解決に際し、その内容を記録、また、苦情に対して市町村等が行う調査等に協力し、指導又は助言を受けた場合は、必要な改善を行うことが記されている。  
・利用者、家族などからの相談、意見、苦情などを受け付けた場合には記録に残し、必要に応じて施設長、関係所属長と協議し、早急に対応できるように努めている。意見箱の設置なども望まれる。

(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>

・現場安全管理対策委員会をはじめ、医療安全管理マニュアル、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と対応に取り組んでいる。異常気象などを鑑み、防災委員会が大規模災害に備えて全事業所共通の事業継続計画を策定して対応に取り組んでいる。  
・利用規約では、安全配慮義務等について、事業所はサービスの提供にあたって、利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮するとともに、非常災害対策ならびに衛生管理等に必要な措置を講じる旨が定められている。



【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

<コメント>

・感染対策委員会を設け、研修を開催、感染対策マニュアルは定期的に見直している。リネン類は毎日交換とし、食事テーブル等は使用ごとに消毒するなど清潔確保に努めている。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、毎日ストレッチャーや浴槽などの清掃を行っている。  
・加湿器の設置をはじめ、新型コロナウイルス感染症への対応として、「利用者」「家族」「職員」それぞれが感染した場合、濃厚接触者認定となった場合の対応をフローチャート化し、入所とは異なった通所版の対応マニュアルを策定している。

【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

<コメント>

・各種リスク対策マニュアル、特に大規模災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。防災委員会を設け、毎月の消防訓練、消防署や地域住民との消防訓練を年2回実施している。  
・麻生区自立支援協議会に参加して、地域の防災について協議するとともに、災害備蓄の確保、自家発電機（全館維持可能）の保守点検を定期的に行っている。

## 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保育が提供されている。	a
<コメント>	
・施設全体のマニュアルは40種類設けており、それぞれの業務を細かく規定している。職員としては「ソレイユルールブック」、通所部門については「業務マニュアル」が基本となっており、新人職員には新任職員研修等で周知している。ただ、実際の業務の現場においては、その部署の先輩が教えている。 ・個別支援計画については「個別支援計画作成マニュアル」があり、また個別支援委員会を設けて個別支援計画の運用等についての改善と情報共有を図っている。	
【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
<コメント>	
・各種マニュアルについては年度末に定期的に見直し、職員一斉メールを用いて変更点を通知し、書類は別のところで一覧されている。変更手順は、支援・リハビリ等の意見をもとに部署ごとに変更し、運営会議で改訂となる。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。 ・個別支援計画については半年毎にモニタリングし、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。	
(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作成している。	a
<コメント>	
・利用者の心身及び家庭等の状況は統一した様式で記録されている。ファイルには個人名が記されており、その中に関係する情報が集められている。 ・アセスメントは担当職員を中心に行っているが、利用者一人ひとりのニーズや課題は、利用者の希望や保護者等の意向、また特別支援学校の先生方の見方やその他の支援者等の考え等も含めて整理され個別支援計画に反映されるようになっている。その後、計画は基本的には6か月ごとに見直している。	
【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>	
・個別支援計画はアセスメントシートを基にサービス管理責任者を中心に作成しており、何よりも利用者の希望やニーズを尊重しながら保護者等の意向も含めるようにしている。作成した計画は保護者等にも丁寧に説明し、同意後に署名をもらっている。 ・モニタリングは6か月に1回行っている。さらに、利用者の様子が不安定になったり、サービスが楽しめていないようであれば計画を変更し、その際には保護者等にも丁寧に説明して同意を得るようにしている。	
(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
<コメント>	
・利用者に関する情報は電子カルテシステムに記録され、パスワードを入力することでシステムに入れるようになっている。個別支援計画の実施状況もチェック方式によって状況を確認し、担当者ミーティングで共有するようにしている。会議録やリハビリテーションの状況もシステムで確認し、さらに昼礼等においても口頭で情報共有するようにしている。 ・情報用紙、個別支援計画、保管用連絡帳、リハビリテーション実施計画書などを用い、写真も活用して支援に結びつくよう利用者一人ひとりのファイルで保管利用されている。	

【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>

・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、鍵をかけた情報の保護に努めている。利用の際はリーダー承認のもとに事業所内のみとしている。利用後のチェックは鍵を閉める時に行い必ず声をルール化している。

・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。利用規約では、記録整備保存義務に触れ、事業所はサービス提供に関する記録を整備し、サービス提供完了日から5年間保存を明示している。