

## 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。	b
<コメント> 法人の理念や基本方針については法人ホームページや利用開始時にパンフレットや重要事項説明書にて周知しています。今年度は新型コロナウイルスの感染拡大の影響で開催せず書面の配布のみでしたが、家族会でも周知をしています。また、法人が定期的に発行・配布する広報誌「レジオン・ヴィヴィ」の中で理念や基本方針に触れています。職員に対しては入職時に配布する「職員ハンドブック」に明記し研修で周知する他、職員会議において事業計画を説明する際にも確認しています。事務所内にも掲示し常に目に触れ確認できるようにしています。利用者・家族に対しより理解しやすい資料の工夫が期待されます。		

#### 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> 幸区内の障がい者施設(就労支援、グループホーム、幸区ケースワーカー、相談支援センター、一部高齢者施設)による幸区自立支援協議会に所長が年4回程度参加し、地域の社会福祉の動向や福祉計画の策定動向、内容等について確認しています。法人会議(生活介護部会、所長会議、エリア会議)等にて利用者数や利用者動向を確認し経営状況を把握・分析しています。また、養護学校との連携により卒業生の進路動向、近隣の生活介護事業との情報交換により潜在的利用者や地域の福祉サービスに対するニーズの確認もしています。		
【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。	b
<コメント> 事業所としての収支計画を立て川崎市に提出しています。所長により毎月利用率や経費等についての試算表を法人に提出、法人より課題や問題が提起されます。経営課題について役員も参加するエリアマネージャー会議、生活介護部会で共有し意見交換をしています。事業所内では職員会議にて経営課題を提示し、課題に対する取り組みについてSWOT分析、グループワークを取り入れ職員が主体的に考え解決方法を考える機会をもって進めています。十分ではありません。		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念基本方針に基づいた第三期中期計画(マスタープラン)は平成26年4月から平成31年3月までで終了してはいますが、事業所としては平成28年度から令和2年度までの事業計画、令和3年度から令和7年度までの事業計画書を策定しており、必要に応じて見直しを行っています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念・基本方針に基づき、また前年度のも踏まえたうえで単年度の事業計画が策定されています。中・長期計画を十分に反映していませんが、単前年度の課題の中から「今年度の重点課題」を取り上げ、課題の解決に向けた取り組みが具体的に示されています。事業計画の内容は事業目的、方針、事業所としての取り組み、業務内容、家族支援、利用者の日々の活動スケジュール、職員研修、苦情解決等について明記されています。</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・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>前年度の事業報告書に基づき、職員会議で非常勤職員も含めた職員全員の意見を聞き、その意見を反映させ事業計画の策定をしています。多くの意見は出ていません。評価結果に基づく事業計画の見直しについてはPDCAサイクルが確立しています。事業計画の策定、中間報告、年間報告等の作成時期や方法は法人が定めています。事業計画書、事業報告書は職員全員に配布し職員会議で周知するとともに常時閲覧可能なように事務所の書庫に管理しています。今後更なる職員の参画、意見の集約のもと事業計画への反映が期待されます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は年度初めの家族会で配布・説明しています。事業計画の内容について不明点や疑問点があった場合には個別に対応して理解に努めています。しかし、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料の作成には至っておらず、利用者がより理解しやすいような工夫が必要です。</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>個別支援計画はサービス管理責任者である所長を中心に担当職員の意見や職員会議で抽出した課題や目標等を踏まえ作成しています。個別支援計画の実施状況については半期ごとに利用者(家族の場合もあり)、職員との面談、職員会議等により達成度を確認の上課題を抽出し次の計画作成を行っています。事業所の運営については法人のエリアマネジャー、執行役員が施設訪問やエリア会議、生活介護部会等に参加し確認し質の向上に向けた取り組みについて検討しています。また、川崎市障害福祉施設事業協会等苦情解決事業の第三者委員に年3回程度訪問を依頼している他、第三者評価の受審を行っています。</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>事業計画に基づいた活動については事業報告書に記載しています。その年度の重点目標や達成状況も記載し、内容を職員会議、リーダー会議、常勤会議、支援担当毎のこんぺいとう会議、えーす会議等で検討し、改善の必要性のある部分を今後取り組むべき課題とし改善策を提案しています。計画年度中であっても改善の必要性があれば会議で提起し、計画の変更等を行う仕組みとなっています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の規定や事業所の運営規定に管理者の役割・責任が明記されています。年度当初の職員会議において役割や責任について表明する他業務分担表を作成し事務所内に掲示しています。権限委任については文書等による表明ができていません。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所内に法人の規定集を常備し、遵守すべき法令等を必要時に確認しています。また、神奈川県作成の「指定障害者福祉サービス事業所等自己点検シート」を用い、事業所のセルフチェックを行っています。川崎市の開催する集団指導講習に毎年参加しています。関係法令等を確認するとともに法人内の所長会議、エリア会議、生活介護部会等で情報収集し、職員会議で周知し法令遵守に努めていますが十分でないと感じています。</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
<コメント> 管理者は職員会議等法人内の会議や幸区内の障がい者施設(就労支援、グループホーム、幸区ケースワーカー、相談支援センター、一部高齢者施設)による幸区自立支援協議会に年4回程度参加し、地域の社会福祉の動向や福祉計画の策定動向、内容等について確認しています。法人会議(生活介護部会、所長会議、エリア会議)等にて利用者数や利用者動向を確認し経営状況を把握・分析しています。職員の研修については法人の研修計画により、新人研修、全体研修、階層別研修、事業所内研修、研修報告会等が行われ、職員の知識・技術の向上、福祉サービスの質の向上が図られています。		
【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> 管理者は事業計画に基づき実施される福祉サービスについて、職員の知識・技術、家庭環境や要望を考慮しています。職員が働きやすい配置を行い、法人理念の実現に向けた福祉サービスの質の向上や業務の効率化につながる環境づくりに取り組んでいます。経営状況については管理者が毎月法人に提出する試算表作成において確認し、職員会議のテーマとしています。職員全員で経営改善に向けて取り組んでいますが、十分ではありません。		

## 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
<コメント> 人材確保については法人の採用計画にて行っています。職員退職時には管理者が法人に相談し欠員補充を迅速に行っています。専門職の配置についても施設に必要な専門職を確認し法人が行っています。法人の年間研修計画にて人材育成を行う他、秋には管理者との面談にて意向調査を、事業所内で常勤職員が新人職員や異動した職員に対しOJTを実施し事業所に必要な人材を育成しています。また、法人の研修計画によりOFF-JTも行われ職員の知識・技術・意識の向上を図っています。		
【15】	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<コメント> 法人の作成する「職員ハンドブック」に理念や基本方針実現のために必要な職員像について明示されています。人事評価はシステムで管理されており、職員個々の職歴や資格等の情報、年度ごとに設定する個人目標や半年ごとの中間考査、管理者との面談記録等も入力され法人でも確認できるようになっています。職員面談時には職種や異動等の意向、将来の目標等も確認しシステムに入力管理されています。		

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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の規定により管理者が勤務状況や有給管理簿、月次精算表、時間外労働申請書を確認し職員の勤怠管理を行っています。管理者との面談を通して把握した職員の意向や要望を踏まえて異動や勤務体制を検討しています。健康管理については年に1回の健康診断を実施、心の健康についてはメンタル診断(ストレスチェック)を実施しています。結果を法人に知らせることの可否を職員に確認した上で、可能な職員の結果は法人・エリアマネジャー・所長に伝えられます。必要な場合には結果をもとに面談を行い状況の改善に努めています。また、職員の休憩時間の確保に課題があり、現在業務効率等の見直しを検討する事によって十分な休憩時間を確保できるよう改善に努めています。</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>法人作成の「職員ハンドブック」に期待する職員像を明示しています。システムを利用し職員個人が理念と基本方針の実現に向け、目標項目や達成目安、目標期限等を明確に設定しています。目標設定時や年度の半期には管理者との面談を通じ、達成の進捗状況やその後の取り組み等について確認しています。面談の際メンタル診断の結果を踏まえ業務負担や職場環境等についても確認しています。</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>法人の理念や基本方針の実現に向け、期待される職員像を明示されています。法人の人材管理により事業所の職員に必要とされる専門技術や専門資格も明示されています。法人研修委員会による研修計画により新人研修、全体研修、階層別研修、事業所内研修、研修報告会を実施し職員教育を行っています。研修の内容やカリキュラム等は研修委員会が定期的に見直しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入職時の面談にて職員の経験や資格などについて把握し、法人のシステムに入力しています。新入職員や異動してきた職員に対し、経験や習熟度に応じ常勤職員がOJTを行っています。法人研修委員会による研修計画により階層別研修、職種別研修等が実施されています。また、外部研修についても情報を職員に周知し勤務体制の調整等により受講を推進しています。資格取得についても業務に関連する資格取得については法人貸付等の制度があります。非常勤職員のOFF-JTについては、日中は支援を外れることが難しく、夕方からの研修には家庭事情等で参加が難しいため、研修参加のための工夫が求められます。</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>社会福祉士実習指導者の資格を持つ職員がおらず受け入れ態勢が整備されていません。今後実習受け入れ体制の構築と福祉を目指す人材の育成に向けた取り組みが望まれます。</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。	a
<コメント> 法人ホームページには法人の理念、基本方針や各施設の事業内容、予算・決算報告、苦情・相談の体制等を公開しています。苦情については事業所内に「みんなの声BOX」を設置しています。事業所については情報サービスかながわや幸区社会福祉協議会の広報紙にも掲載しています。事業内容や写真を掲載したパンフレットは幸区役所や相談支援事業所等にも配布しています。事業所の事業報告や決算等については事業所内にも常備しておりいつでも閲覧可能となっています。毎月広報誌「みゆき通信」を発行し理念や基本方針、活動内容等を周知しています。		
【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> 法人の経理規定により事務、経理、取引等に関するルールが定められ職員会議等で周知されています。職務分担表では管理者、事務、会議、利用者の支援に関する内容について分担が示されやはり職員会議で周知されています。不定期で内部監査を実施し、小口現金等の流れは毎月法人経理部に報告するとともに事務員会議で適正な処理の確認をしています。法人は毎年外部の監査法人により監査が行われています。事業所にも不定期に監査法人による確認が行われ、指摘箇所や改善課題等は職員会議で周知し改善の取り組みを行っています。		

### 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 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
<コメント> 地域との共生について事業計画に明示しています。利用者の社会資源等の利用については相談支援センター、担当のケースワーカーと連携しながら必要な情報を提供しています。活動において散歩では近隣の住民と積極的な挨拶を交わし、買い物では近隣の商業施設を利用するなど地域との交流を図っています。例年、戸手中部町内会と連携し、町内の芋煮会やスタンプラリー等への参加や準備や片づけ等の協力をしています。活用できる社会資源のリスト化等利用者に向けた資料の作成が期待されます。		
【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。	b
<コメント> 今年度よりボランティアの受け入れ規定を策定し、受け入れ時には管理者が面談を行い支援内容の確認書、個人情報保護等についての誓約書を交わしています。地域の学校教育等への協力については法人人事部から近隣の教育機関に通知しています。毎年事業所で開催する夏祭りにはボランティアを受け入れ、会場設置や祭りの運営、片づけ等の協力を依頼しています。ボランティア受け入れについてのマニュアルが整備されていません。		

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>地域の障がい福祉案内冊子「ふれあい」を常備し内容を把握し、個々の利用者の状況に応じて情報を提供できるよう準備しています。内容は職員会議でも周知し共有しています。幸区自立支援協議会、障害福祉施設事業協会等に参加し地域の社会資源の確認や地域課題の共有・解決に向けた協力体制の構築を図っています。管理者は幸区サービス管理責任者交流会に参加し、地域におけるトピックを取り上げ研修を行うなど地域の福祉サービス向上に向けた取り組みを行っています。</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>幸区自立支援協議会、障害福祉施設事業協会、戸手中部町内会賀詞交歓会や町内会の催し等に参加し地域の福祉ニーズや生活課題の把握・共有、解決に向けた協力体制の構築を図っています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会福祉法人の公益性・非営利性を踏まえ、寿町の炊き出し支援を行っており、災害時に第一次避難所での生活が困難となる配慮者のための第二次避難所として川崎市より設置されています。幸区災害対策協議会要援護者支援部会にも参加しています。戸手中部町内会開催の芋煮会やスタンプラリー等への参加や協力をしています。事業所の活動での製品を販売することで事業所の活動内容を地域住民に周知しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入職時に「職員ハンドブック」を配布し、職員行動倫理綱領、職員倫理行動マニュアル等について新人研修内で周知し基本的人権の尊重に基づいて支援が行えるよう教育しています。利用者の尊重や基本的人権の尊重については入職時のみでなく、法人の年間計画での人権研修・虐待防止研修でも周知・教育を行っています。職員会議では個別の事例についてグループワークを行っています。必要時には川崎市の更生相談所にも相談しています。利用者の個別性が高い事業所ではありますが、標準的なサービスの実施方法の確立が期待されます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入職時に配布される「職員ハンドブック」を用いた入職時の研修において利用者のプライバシー保護について周知しています。また、事例を用いた動画での研修にて利用者支援において良いこと、悪いことを分かりやすく伝えています。職員会議においてのグループワークで職員同士が学び合う機会ももっています。日中活動の場でも個々が落ち着いて活動できる環境作りを心がけ、入浴や排泄介助は同性介助を基本としています。プライバシー保護について利用者・家族に対しての周知は資料がなく十分ではありません。利用者・家族に対して周知のための資料等の作成が期待されます。</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>事業所のパンフレットは幸区役所、相談支援事業所に配布しています。パンフレットは写真・図等を用い、活動内容を分かりやすく工夫しています。利用希望者の見学や相談は管理者を中心に個別に対応しています。利用に関しては川崎市が利用調整を行うため川崎市、各区と連携し情報の提供をしています。利用希望者には3日間の実習を行い利用者、事業所とも利用の判断をすることとしています。事業所の情報は自立支援協議会、養護学校、特別支援学校等に提供しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用開始時には利用者・家族に対しパンフレットや重要事項説明書、利用契約書を用いてサービス内容について分かりやすく説明しています。書類については可能な限りふりがなをつける等理解しやすい工夫をしています。個別支援計画の作成や変更についても同様に利用者・家族に説明し同意を得ています。意思決定困難な利用者についての対応ルールが文書化されていません。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉施設の移行にあたっては移行先の事業所に住所・年齢・家庭環境等の基本情報、身体・障害状況等アセスメント情報、個別支援計画書等を渡しています。移行において相談支援センターや区役所のケースワーカー等とも連携し福祉サービスの継続性に配慮しています。サービスが終了した後も職員に相談できる体制にはなっていますが、窓口や相談担当を記した文書の配布や案内はされていません。利用終了後も相談可能な窓口、担当者を利用者・家族に周知することが望まれます。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の満足度調査は6ヶ月毎の個別支援計画についてのモニタリング実施時や、日々の活動の中で確認をしています。また家族会でも満足度や要望等を確認していますが家族の出席率は高くありません。外出等の行事については行き先や内容の要望を利用者・家族にアンケート形式で確認しています。満足度や要望については調査結果を職員会議等で分析・検討し、その後の更なる満足度向上の取り組みに活かしています。また、定期的に第三者評価を受審することでも利用者・家族の満足度を確認しています。利用者家族も考慮して、定期的な満足度調査の取り組みが期待されます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人策定の苦情解決に関する規定があります。苦情解決の仕組みは利用開始時に重要事項説明書等で説明し、事業所内にも掲示しています。事業所所長と課長が苦情解決担当となり改善までマニュアルに基づいて対応をし、内容は法人が定めた「クレーム(苦情)報告書」と「苦情解決記録用紙」に記載しています。法人内にも苦情解決委員会が設置されています。解決しない場合には神奈川県社会福祉協議会に設置される運営適正化委員会を紹介する等の情報提供をしています。事業所内に「みんなの声BOX」を設置し、利用者や家族が意見を伝えやすい工夫をしています。苦情対応の件数は事業報告書に記載しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用開始の契約時や面談時等に利用者や家族に対し、相談や意見はどの職員でも伝えられる旨は伝えていますが文書の作成はありません。苦情解決の仕組みは事業所内に掲示し、苦情や意見を述べるための「みんなの声BOX」を設置しています。相談内容により相談室等周囲に他者がいない環境で話がしやすいよう工夫をしています。相談方法や複数の相手を選べることを説明する文書の作成が期待されます。</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>法人策定の「苦情解決に関する規則」に基づき、組織的に対応しており、対応マニュアル等の定期的な見直しは法人が行っています。日々の活動や送迎の際等に利用者や家族とコミュニケーションをとり、相談しやすい環境づくりを心掛けています。相談や意見があった場合は個別の記録等に記し、職員会議等で共有し解決・改善に向けて検討をしています。相談に対し迅速な対応を心掛けて、対応に時間を要する場合にはその旨をきちんと説明しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人には「危機管理室」が設置されており、事業所における防災・事故・ヒヤリハット・苦情等を一括管理しています。提出された内容は所長会議等でも確認・分析・検討の上各事業所にフィードバックし、職員の意識や知識、サービスの質の向上を図っています。安全を脅かす事例の収集を行っていますが、要因分析と対応策の検討・実施が十分ではありません。法人の年間研修計画でもリスクマネジメント、情報セキュリティ等の内容が計画されています。危機管理、事故発生時等に関するマニュアルは法人作成の「職員ハンドブック」に明記されています。</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>法人作成の「職員ハンドブック」に感染予防や感染症発生時の感染症別の対応について明記しており、入職時研修や年間研修計画において周知徹底しています。事業所では感染症発生時期等に職員会議で看護師が中心となり確認する機会をもっています。対応マニュアルは必要時に見直ししており、日本での新型コロナウイルス感染発生時より、法人危機管理室が「新型コロナウイルス感染症予防に関するガイドライン」を作成し感染の予防に取り組んでいます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人は「危機管理対策要綱」を策定し「職員ハンドブック」に「災害時対応手帳」を記しています。法人の防災計画により年に2回法人合同防災研修を実施しています。事業所では立地を踏まえ「防災計画」「洪水及び土砂災害時の避難確保計画」を作成し災害に備えています。災害時の安否確認はメールアドレスを登録し、情報を一斉発信できるシステムを利用していますが、職員のみで利用者・家族は対応していません。訓練時には連絡・情報発信システムの利用訓練もしていません。今後、利用者や家族も含めた安否確認の手段の構築が期待されます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人作成の「職員ハンドブック」「職員倫理行動要領」「職員倫理行動マニュアル」を全職員に配布しています。多様な障害を抱えた利用者一人ひとりのニーズに対応するために、個別の具体的な配慮や支援方法を記載した「支援手順書」を作成して職員間で共有しています。事業所として標準化が必要な基本的事項については、資料を作成し職員会議で周知していますが、マニュアルや手順書として集約されていません。事業所としてのマニュアルの作成と、標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みの構築が期待されます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人作成の「職員ハンドブック」等については、事業所の職員の意見を管理者が把握し、法人の「職員ハンドブック改訂プロジェクト」において毎年検証を行い、必要な見直しをしています。事業所では、個別支援計画の実施状況を踏まえて、職員会議、リーダー会議、こんべいとう会議、えーす会議などで、標準的な実施方法の現状を検証しています。事業所としての標準的な実施方法の検証と必要な見直しに関して、さらなる取組みが期待されます。</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>入所前の面談や3日間の実習(体験利用)で心身の状況、生活状況、対人関係などを把握し、「アセスメント表」を作成して利用者一人ひとりの具体的なニーズを明らかにしています。担当の生活支援員を中心に、こんべいとう会議・えーす会議で個別支援計画の内容について検討し、サービス管理責任者(所長)が個別支援計画書の決定までを統括しています。個別支援計画書の作成にあたっては、相談支援センター、障害者更生相談所、区のケースワーカー、医療機関等と連携しており、利用者の意向の把握と同意を含んだ手順を定めて実施しています。</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>半年に一度、個別支援計画面談を行い、利用者や家族の意向を把握しています。こんぺいとう会議、えーす会議で、一人ひとりのモニタリングの状況や福祉サービスの実施状況、面談の内容を共有し、個別支援計画の評価や見直しを行っています。個別支援計画の見直しにあたっては、障害者更生相談所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療機関等の助言を受けて、医療やリハビリ、メンタル面での支援も含めた視点から、利用者のより良い状態を検討しています。福祉ニーズの変化があった場合には、必要に応じて随時見直しを行っています。</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>「支援日誌」「援助記録表」などの福祉サービスの実施状況の記録については、法人のネットワークシステムに入力し、利用者の心身の状況や活動内容を職員間で共有しています。利用者の基本情報や、個別支援計画書、行動支援計画書、ケース記録等は個人別のファイルに綴って保管し、個別支援計画にもとづく支援が実施されていることを確認することができます。各記録の記載方法等は、職員間で差異が生じないように、職員会議で「記録の取り方について」の周知を図っています。毎日の情報伝達は朝夕の打ち合わせや連絡ノートを使用するなど、伝達漏れのないよう配慮し行っています。</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>「個人情報保護規程」に、個人データの保存、廃棄、開示、情報漏えい時の取り扱い、職員研修等について明記されており、個人データの保管責任者は管理者としています。職員は入職時研修で個人情報保護に関する研修を受けており、利用者に関する記録は施錠できる書庫で保管しています。職員は指定されたパソコンにパスワード入力をして使用し、記録媒体は指定したUSB以外の使用は制限されています。個人情報の取り扱いについては、入所時に利用者と家族に説明を行い、「個人情報の提供に関する同意書」により同意を得ています。</p>		