

第三者評価結果

事業所名：綾瀬市障害者自立支援センター ばらの里

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></p> <p>法人は、2つの理念と11の基本方針、使命を明文化し、ホームページ等に掲載しています。「職員倫理行動綱領」や「職員倫理行動マニュアル」は「職員ハンドブック」に掲載し、入社時研修で職員に配布、周知しています。事業所の事業計画書には、法人の理念・基本方針を遵守する旨と、使命（ミッション）、職員行動指針を明記すると共に、事業所としての方針を明示しています。事業所では理念や基本方針について、必要に応じて会議などの議題に挙げ周知に努めています。今後、利用者・家族に対しても周知の工夫が期待されます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>綾瀬市社会福祉協議会が招集する協議会を通じて、市の福祉計画を把握しています。社会福祉事業全般や各種福祉計画の動向の把握・分析は不十分との認識です。市の指定管理施設として、市との協議、他事業所の利用者数の推移の確認、見学者の生の声などによりニーズ把握に努めています。支援のはざまに置かれた重度障がい者（特に重症心身障がい者）への支援強化が地域の要請であると考えています。経営面では「月次試算表」や「生活介護部会月次報告書」の作成により、収支、利用率、人件費率など定期的なコスト分析に努めています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>事業所のコスト分析や地域のニーズ把握により明らかにした経営課題の改善に取り組んでいます。残業時間削減に向けては、事業所全体で「事前申請」に取り組み、大幅な削減につなげました。利用率の向上に向けては、「選んで頂ける事業所」を目指し、ニーズに基づき支援の具体化に努めています。「月次試算表」は法人幹部と共有されるほか、管理者会議で経営課題への取組方針の確認を行っています。職員に対しては、毎月の職員会議で「月次試算表」の内容等を口頭で周知し、経営状況や課題を共有しています。</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></p> <p>法人は過去に中・長期計画を策定していますが、見直しが出来ていません。法人では、2021年度から中期計画（マスタープラン）が未策定です。令和3年度の事業計画書では『これからの社会福祉法人に求められる、競争社会で生き残る方法を考えます』をテーマに早期に作成する方針を明らかにしています。事業所については、今年度の事業計画書の重点目標として、5年後の指定管理満了を見据え、職員一人ひとりが「事業所が利用者さんの社会参加の礎となる」をテーマとし、利用者に関わる旨の方針を明記しています。</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

<コメント>

法人からの中長期的なビジョンを念頭に置き、単年度計画を策定しています。事業所の今年度の事業計画では、個別支援計画による「一貫性のある根拠ある支援」や、外部の専門家によるスーパービジョン等による「現場力と専門性の向上」など4本の柱で重点課題を掲げています。ばらの里では社会参加活動への支援も行い、作業活動の利用実績目標、販売計画、売り上げ目標など数値目標も設定しています。

(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>

事業計画の策定にあたっては、施設長が計画のたたき台を作り、会議で職員の意見やアイデアを反映させています。計画の策定段階で、法人執行役員にも相談をしています。施設長は、事業計画を会議の場で職員に周知していますが、十分に理解されていません。9月に上半期の振り返り、3月に年度の振り返りを行い、それぞれ事業報告書にまとめています。会議では各項目ごとに振り返りを行い、次期の事業計画に反映させています。

【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>

利用者や家族等には、個別支援計画のモニタリングの機会に、個別に事業計画の方針に沿った活動内容の説明をしています。重い自閉症がある利用者に対しては、特性に応じた作業方法で活動を行う計画などを伝えています。「社会人としての自己実現を目指す場」の支援方針のもと、社会参加活動の機会を提供する支援に向けて、一連の作業過程を細分化しています。家族会は、コロナ禍により昨年夏を最後に開催していませんが、今後、定期開催が可能となった際には、事業計画の説明の機会も設ける意向です。

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>

毎年、事業計画の策定、及び半期毎の評価・見直しを組織的にを行い、事業報告書にまとめた内容を次期に反映させています。2回目の受審となる今回の第三者評価については、施設長と常勤1名にて自己評価表を作成しましたが、全職員を対象とした職員用自己評価の回収率は半数弱でした。今後、第三者評価基準による自己評価の活用などにより、計画的な自己評価のしくみを整備し、職員の理解と参画の下、サービスの質の向上に向けた組織的・継続的な取組が期待されます。

【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>

単年度の事業報告書では、半期ごとに事業計画の実施結果を文書でまとめ、職員と課題を共有すると共に、次期の事業計画に反映させ、改善につなげる仕組みとしています。今回の第三者評価結果の公表の後は、評価の分析結果や課題を職員と共有し、組織的・計画的な改善への取組が期待されます。今後、毎年、自己評価を実施する際には、評価結果に基づく改善策や改善計画の策定、実施、評価・見直しの仕組みづくりが望まれます。

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>

施設長は事業所の経営方針・取組について事業計画書に明記し、会議で周知しています。施設長の職務内容は、「運営規程」に明記し、「業務分担票」に職務分掌の詳細を定めていますが、周知は不十分です。施設長は支援会議に必ず出席し、個別支援計画やモニタリングについての方針を表明し、組織内の周知に努めています。施設長不在時の緊急対応については、今年度、職員への一斉メールを整備し、指示命令系統を明確にしました。有事における管理者不在時の権限委任を含む対応マニュアルは未整備ですが、年内の策定を予定しています。

【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。	b
---	---

<コメント>

施設長は、「障害福祉情報サービスかながわ」に掲載される情報の更新内容のチェックや、法人から提供される最新情報の確認により、法令等の理解に努めています。施設長は、年1回、県の「指定障害福祉サービス事業所等自己点検シート」を実施し、自己点検を行っています。職員に対しては、虐待防止や人権の保護に関する法令等を、法人の入職時研修時や、関連事案の発生時に周知しています。今後に向けては、施設支援関連の法令にとどまらず、環境への配慮や労働、防災など幅広い視点でタイムリーな情報把握や周知が期待されます。

(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	第三者評価結果
【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>

施設長は事業計画の評価・見直し、「指定障害福祉サービス事業所等自己点検シート」による自己点検、第三者評価の自己評価などを通じて課題を把握し、サービスの質の向上に努めています。個別支援会議は、職員のほぼ全員の出席を得て開催しています。施設長は「根拠ある支援」の確立に向け、職員の活発な議論を喚起しつつ支援方針を発信し、指導力を発揮しています。日常的にも積極的に支援に入り、現場理解と職員指導の機会としています。勤務体制上の課題から、職員の研修派遣は困難な状況です。

【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>

施設長は、「月次試算表」や「生活介護部会月次報告書」を作成し、収支、利用率、人件費率などのコスト分析に努めています。職員には、毎月の会議で試算表の内容の周知・共有に努めています。経営改善に向けては、残業の「事前申請」に取り組み、残業時間の大幅な削減に繋がりました。利用率の向上に向けては、新規利用者を増やすために、ばらの里とあやせラディーチェ（従たる事業所）で、それぞれ利用者のニーズに基づく機能強化に取り組む方針です。しかし、利用者増に伴う人員配置については法人との調整を要し、実現には課題を残しています。

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。	a

<コメント>

法人人事部において、必要な福祉人材の確保・定着に関する計画を立案し、ホームページや求人サイトを通じて、計画に基づく採用活動を行っています。人事部からの依頼に基づき、事業所からも職員採用の説明会や採用面接に参加しています。非常勤職員の採用は事業所が行っています。人材育成については、法人の研修委員会で年間研修開催計画を立案し、階層別研修、専門分野別研修などを実施しています。事業所間では、入職3年目に本人の希望を踏まえた交換実習も実施しています。

【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>

法人の理念、基本方針と共に、13項目の「期待する人材像」を「職員ハンドブック」に明記しています。採用、配置、異動などの人事基準は「就業規則」に定め、入職時研修で職員に周知しています。法人の規程を収めた『県央福祉会規程集』は全事業所に備えており、職員はいつでも閲覧することができます。人事管理については、人事評価システムにより、職員一人ひとりが、目標設定を行っています。所属長及び法人のグループ長による面接を通じて達成度の評価や振り返りを行い、キャリアアップに繋げています。全体の人事管理制度を整備・実施していますが職員への理解が課題となっています。

(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、勤務表、有給休暇管理に用いる「有給台帳」などにより、時間外労働や有給休暇の取得状況を毎月確認しています。働き方改革で義務化された年5日の有給休暇は、年度初めに予定を入れることとしています。法人による健康面へのサポートについては、カウンセラーが個別面談を行う「心の安心110番」や、退職時に定期面談などを行い、復職までをサポートする「いきいきライフサポート室」などを設置し、職員が相談しやすいよう工夫しています。職員の意向調査はパソコン入力により行っています。

(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。

a

<コメント>

「職員ハンドブック」には、法人の理念、基本方針と共に13項目の「期待する人材像」を明記し、職員に周知しています。法人は人事評価システムを用いた目標管理を行い、目標項目、目標水準、目標期限を明確にしています。職員は、それぞれの経験年数等に応じた1年間の目標設定を行い、年2回、第一評価者の所属長、及び第二評価者の法人グループ長による面接を通じて、達成度の評価や振り返りを行う仕組みを構築してきました。今年度からは、昨年度まで用いた人事評価システムに代わり、新たな職員育成のしくみが導入される予定です。

【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>

法人は「社会福祉法人県央福祉会 職員研修規程」に基づき、職員研修を実施しています。同規程には、目的、基本方針、研修目標を定め、期待する職員像を明らかにしています。研修内容としては、職階別研修、職種別研修、全体研修、実践報告会などを定めています。研修は研修委員会が、「年間研修計画」を企画、立案、開催すると共に、計画内容の定期的な評価・見直しを行っています。

【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

<コメント>

個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等は法人が把握し、一括管理をしています。法人の研修体系については、「社会福祉法人県央福祉会 職員研修規程」に定められています。国家資格等の取得については法人の補助制度を職員に周知しています。外部研修については、受講決定のしくみはなく自主的な受講の形ですが、勤務体制上の課題から、平日日中の研修には組織として積極的な受講勧奨は行っていない状況です。

(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。

【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

<コメント>

専門資格を有する職員が不在であったため、実習生の受け入れ実績はありません。現在は社会福祉士の国家資格を有する職員が在職していることから、実習指導者の要件を満たせば、実習生の受け入れを開始したい意向です。今後、受け入れに向けて、専門職の研修・育成に係る基本姿勢の明文化や、実習生受け入れマニュアルの作成など、体制整備が期待されます。

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。	b
<p><コメント></p> <p>法人のホームページやパンフレットには理念や基本方針、事業計画・報告、予算、決算情報を掲載しています。事業所のホームページ等では支援内容等を紹介しています。苦情・相談体制や対応状況は第三者評価の評価結果として公表しています。地域に向けては、地域の催事にて市の公式マスコットキャラクターあやびいの缶バッジなど自主製品を販売したり、関係機関との連絡会の場を活用しPRに努めています。今年度より就労継続支援B型の定員を生活介護に移行し、事業を一本化した内容など、ホームページ上の速やかな情報の更新が望まれます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人では「県央福祉会規程集」を作成し、経理規程、職務権限規程などを定めています。規程集は各事業所に備え付け、必要な時に各自で確認するよう職員に知らせていますが徹底に課題があります。法人が月1回開催する「事務員会議」において事務・経理等のルールを周知しています。法人内の各部会では監査について勉強会を実施し、公正な運営についての理解を深めています。法人内では企画総務部が内部監査を担当しており、施設長は「早期に実施したい」との意向です。</p>	

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 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><コメント></p> <p>今年度の「事業計画書」には、事業所が利用者との地域の懸け橋となり、ボランティアの受け入れや近隣施設との交流による地域への貢献の方針を明記しています。以前は地域の小中学校の特別支援学級の生徒との交流や学校行事への参加など、交流の機会を増やしつつありましたが、近年はコロナ禍で活動が停滞しています。今後も市の「あやびい」関連の自主製品の開発・生産・販売活動等を推進し、小中学校の行事や福祉事業所の催事などに出向いたり、独自の販売会の開催により、利用者の社会参加につなげたい方針です。</p>	
【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。	b
<p><コメント></p> <p>昨年度、人材センターを通じて創作活動のボランティアの紹介を依頼し、油絵制作のボランティア1名の活動が実現しました。現在、あやせラディーチェ（従たる事業所）にて、月1回、油絵によるポストカードの製作を行い、材料費のみの負担で、利用者5名の参加を得ています。今後も感染状況を勘案しつつ、多岐にわたるボランティアの受け入れを検討しています。ボランティア受け入れの推進に向けては、マニュアルを作成し、受け入れ体制、手順、利用者への配慮事項などを明確にすることが期待されます。</p>	
(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><コメント></p> <p>市内の関係事業所一覧等を用いて、職員間で社会資源の情報共有をしています。市の社会福祉協議会主催の「障がいがあっても障がいがなくとも共に生きる綾瀬を創る協議会」に出席し、行政、相談支援事業所、福祉関係事業所、特別支援学校など福祉、教育、労働等の関係機関と顔の見える関係づくりに努めています。入所施設の紹介を要する事案が生じた場合は、関係機関との連携により、ニーズに応じた円滑な支援につなげています。オンブズマンには2ヶ月に1回、2名ずつ来所を依頼し、利用者の声を吸い上げ、職員の対応や支援の改善に努めています。</p>	

(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 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>

市の社会福祉協議会主催の「障がいがあっても障がいがなくとも共に生きる綾瀬を創る協議会」に出席し、行政、福祉、教育、労働、医療などの関係機関と情報共有をしています。ここで他事業所の利用者数の推移などを確認し、不足している社会資源は何か、市の指定管理として何が求められているのか、など福祉ニーズ把握の機会としています。事業所内では、見学者の生の声を聞き、ニーズ把握に努めています。

【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>

法人では、コロナ禍で寿町の人員派遣を一時中断し、炊き出しの会への資金カンパや、エリアごとに献血活動を行いました。事業所では、綾瀬市のマスコットキャラクター「あやぴい」の缶バッジとマグネットを製作・販売し、市のPRへの貢献と共に、今後も生活に役立つ関連商品の開発、製作に取り組むこととしています。一方、ボランティアや実習生の受け入れ、近隣施設との交流など次世代につながる取組は不十分との認識です。今後、事業所のノウハウや専門的知見を可能な形で地域に発信・還元する取組も期待されます。

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

(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
【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>

理念や基本方針については、法人が策定した「職員倫理綱領マニュアル」、「職員ハンドブック」に利用者の人権を尊重した福祉サービスの提供を行うことが明記されています。職員には入職時に、利用者の尊重や基本的人権についての研修を実施しています。また、必要に応じて会議などで利用者本位の福祉サービスの取組について、読み合わせをしたり、検討事項に上げて、理解を深めていくよう努めています。

【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
---	---

<コメント>

利用者のプライバシー保護については「倫理綱領マニュアル」「職員ハンドブック」や規程集に厳格に明記されており、OJTや研修などを通じて職員に浸透させています。日々の活動においても重要事項として認識し、その取扱いには必ず報告・連絡・相談を徹底して取り組んでいます。法人の方針としてトイレや入浴は同性介護（除く看護師）を遵守し、プライバシー保護に取り組んでいます。

(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>

利用希望者については、法人で作成したパンフレットなどに基づき、常勤職員が個別に丁寧な説明を行っています。近くの特別支援学校とも連携し、利用希望者に対して事業所の福祉サービスの情報を積極的に提供しています。事業所では、ばらの里のパンフレットに加え、あやせラディーチェ（従たる事業所）のパンフレットも別途作成し、事業所の特性などを紹介しています。そのほかホームページでも事業所の概要を掲載して情報提供を行っています。

【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>

福祉サービスの開始時にはサービス内容について、サービス利用契約書や重要事項説明書の内容を口頭でわかりやすく伝えています。サービス利用契約書には読みやすいように、ルビをつけています。サービスの変更時にも同様に変更の内容を口頭で説明し、同意書を得ています。説明の際には利用者が当事者として理解できるように平易な言葉づかいでわかりやすい説明に努めています。

<p>Ⅲ-1-(2)-③ 【32】 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>	b
<p><コメント> 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した対応に努めています。必要な情報は、個人情報保護に十分留意して、利用者に不利益が生じないように配慮し、引き継いでいます。福祉サービスの利用が終了した後については、組織として担当者や相談窓口の設置はしていません。</p>	
<p>(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>	
<p>Ⅲ-1-(3)-① 【33】 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。</p>	b
<p><コメント> 職員は日々のやりとりの中で利用者のニーズを汲み取り、その結果を定期的な個別支援計画書に取り入れて、利用者の満足度向上に繋がっています。事業者は第三者評価による利用者調査結果を活用し、利用者満足度に関する状況の把握に努めています。今後は家族会などを再開して、利用者や家族の「生の声」を聞く機会を設けたり、利用者が運営に参加できるような仕組みづくりを考えています。</p>	
<p>(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>	
<p>Ⅲ-1-(4)-① 【34】 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。</p>	a
<p><コメント> 法人が策定した「苦情解決に関する規則」「苦情解決事務手続き(マニュアル)」に基づき苦情解決の体制(苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置)が整備されています。事業所内に苦情解決担当者ポスターが掲示されており、利用者、家族に周知されています。また、定期的なモニタリングで出された当事者の声が、少しでも反映できるように取り組んでいます。</p>	
<p>Ⅲ-1-(4)-② 【35】 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。</p>	a
<p><コメント> 職員は利用者が相談したり意見を述べやすい環境を整備しています。いつでも相談できることを利用者にわかりやすく繰り返し伝えて、声掛けをしたり、話しやすい雰囲気づくりに努めています。相談者は職員に加えて、オンブズマンを導入し、2ヶ月に1回の定期的な訪問により、利用者本人の相談方法が複数選べるように工夫しています。</p>	
<p>Ⅲ-1-(4)-③ 【36】 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。</p>	a
<p><コメント> 職員は利用者への対応の基本は「傾聴」であることを認識しており、「職員ハンドブック」にも明記されています。日々利用者と多く接しながら、安心して話しやすい雰囲気づくりに努めています。傾聴により、どれだけ利用者の気持ちを受け止められるかを大切にしています。把握した相談や意見については記録し、迅速な対応に努めています。</p>	
<p>(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。</p>	
<p>Ⅲ-1-(5)-① 【37】 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。</p>	b
<p><コメント> 法人にリスクマネジメント委員会を設置していますが、リスクマネジャーの選任・配置はしていません。ヒヤリハット報告書やインシデント報告書を作成し、会議で振り返りを行い、リスク要因を取り除くことに努めています。事故発生時の対応マニュアルはありますが、管理者が不在時の事業所運営に関しては、代理権者の任命と職員への周知による円滑な運営が期待されます。</p>	

<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。</p>	a
--	---

<コメント>

感染症対策については、神奈川県から出されているコロナウィルス感染対策に係る指針などにに基づき対応しています。感染者や濃厚接触者が発生した場合は、神奈川県のクラスター班に連絡して指示を受け、合理的な対応を行っています。厚生労働省の指針に基づき、濃厚接触者の掲示を行い、感染症の拡散防止に努めています。感染者が発生した場合は利用者・家族と情報共有を行います。個人名の漏洩がないように配慮しています。

<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。</p>	b
--	---

<コメント>

災害時の対応体制が決められており、いかなる災害時においても利用者の安全を確保できるよう努めています。2ヶ月に一度避難訓練を行い、建物の外へ避難誘導をしています。また半年に一度、大災害を想定した法人の総合防災訓練を実施して、防災の意識を高めています。避難訓練の実施に際しては、それぞれ担当者を決めて計画し、報告しています。有事に備えて3日分の食料と水を備蓄していますが、消費期限を記載した備蓄リストの整備が望まれます。

2 福祉サービスの質の確保

<p>(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。</p> <p>【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。</p>	a
--	---

<コメント>

提供する福祉サービスについて標準的な方法を実施するため、利用者一人ひとりの支援マニュアルを作成しています。個別支援会議などで支援マニュアルの内容が反映されているか確認しています。利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢については法人で策定した「倫理綱領マニュアル」、「職員ハンドブック」に明記されています。

<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。</p>	a
---	---

<コメント>

支援マニュアルや「倫理綱領マニュアル」や「職員ハンドブック」に基づき、福祉サービスの標準的な実施方法の検証については、定期的なモニタリングを通じて確認しています。個別支援会議においても個別支援計画について職員間で話し合い、必要に応じて計画の内容を見直しています。年度計画の重点課題として、支援の標準化を推進していくことを掲げています。

<p>(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。</p> <p>【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。</p>	a
---	---

<コメント>

アセスメント手法は確立され、利用者一人ひとりの特性に合わせた適切なアセスメントが実施されています。個別支援会議を毎月開催しています。利用者・家族に対して、思いや要望についてアンケートを実施したうえ、定期的なアセスメントの結果を踏まえて一貫性のある支援計画案を作成し、利用者や家族の同意を得て個別支援計画を決定しています。個別支援会議には全職員が参加し、職員間の話し合いの過程を大切にしています。

<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。</p>	a
--	---

<コメント>

個別支援計画の見直しについては、見直しを行う時期、個別支援会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施しています。6ヶ月ごとにモニタリングを実施し、個別支援会議において、支援計画の定期的な評価・見直しを行っています。利用者ができることを増やして、社会参加活動に繋げていくよう努めています。

(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>

日々の連絡ノートや業務日誌を毎日、法人のシステムに入力し、職員間で情報を共有できる仕組みが確立されています。利用者が利用しているグループホームとの連携や個別支援会議の決定事項、利用者などから出された要望事項の記録についても全職員が閲覧できるようになっています。個別支援会議において総括して振り返り、支援に活かしています。事業所の会議は、ばらの里とあやせラディーチェ（従たる事業所）と分かれて実施しており、事業所横断的な会議は実施していません。

【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>

法人が策定した「文書管理規定」「個人情報保護規程」により、利用者の記録の保管、保存、廃棄について規定を定めています。利用者の記録の取り扱いについては職員が独断で判断せずに、職員間で相談し対応しています。記録の管理については、事務室内の鍵付きの書庫で管理しています。職員は入職時の研修や会議などを通じて「個人情報保護規程」等を理解しています。