

第三者評価結果

事業所名：座間市立もくせい園

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> 基本理念は、ホームページやパンフレットに記載している。また、「職員の心得」にも記載している。3月の全体職員会議では、法人の目標や計画を職員に周知するとともに、基本理念をあらためて確認している。利用者や家族には、センターの広報誌「アガペ広報」で、可能な範囲で伝えている。コロナ禍で開催を中止していたが、年2回、家族懇談会を開催し、今年度は久しぶりに12月に開催する予定である。利用者の家族の半数くらいの参加を望んでいる。家族懇談会では、希望者に食事会を計画している。	

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。	a
<コメント> 県の知的障害施設団体連合会に加盟し、会議や研修会を通して、障害福祉の動向や情報を把握するよう努めている。市の指定管理者として、適宜、市と協議を行い、運営にあっている。市内で生活介護を運営する4法人6事業所に声をかけ、課題の共有などを目的に、2ヶ月に1回、連絡会を開催している。連絡会では、市内全体の事業所紹介のパンフレットを作成して、市内の障害者施設の環境を整えている。障害福祉関連の法改正や障害福祉サービスの報酬改定などで、事業者に求められる内容の理解や改善に努めている。	
【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> 理事会や法人全体の施設長会議、アガペセンター（以下、センター）の施設長会議を定期的で開催し、経営課題を明確にして具体的な取り組みを進めている。検討内容は、月1回のセンター事業連絡会議で、課長以上の管理職に周知している。管理職の意見を聞き、全体職員会議や各事業所の会議で、職員に説明して周知している。また、必要に応じて、課題解決のためのプロジェクトチームを立ち上げ、問題を特化して検討を行っている。職員の離職を少なくするハッピーワークプロジェクトチームなどが活動している。	

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。	b
<コメント> 法人全体で「中期経営計画」を策定し、5年ごとに内容の見直しを行っている。「中期経営計画」を基に、センターの今年度の目標を立て、各事業所の具体的な取り組みにつなげている。目標を具体的な数値にあげ、評価するところまでには至っていないため、工夫や改善の余地がある。利用率の目標を具体的な数値であげ、達成状況を確認する取り組みは行っている。	

【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。	b
---------------------------------------------	---

<コメント>

「中期経営計画」を基に、毎年度、法人の経営方針を策定している。それらを踏まえ、事業所における課題や重点項目をあげて、事業所の事業計画を作成している。今年度の重点目標には、1. 利用者支援、2. 人材確保と育成、3. さまざまリスクに備える、4. 地域との連携、5. 安定的な財務状況の維持などをあげ、それぞれ達成のための具体的計画や方策を作成している。事業所は市の指定管理を受けて運営しているため、前年の10月には、次年度の経営方針を市に提出している。月1回開催する職員会議の場で、次年度の経営方針を職員に周知し、年度末の職員会議では、事業計画の細かい内容を職員に説明している。

(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。	b
------------------------------------------------------------	---

<コメント>

事業計画の作成に向け、職員会議で職員の意見を求めている。管理者（課長）と主任が内容をまとめ、事業計画の素案を作成して、施設長に提出している。策定した事業計画や収支予算は、法人全体で冊子にまとめ、センターや各事業所に配布している。職員会議の場で、今年度の重点目標や事業内容を施設長が職員に説明し、全体に周知を図っている。

【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>

利用者や来訪者が、いつでも内容を確認できるよう、事業計画書はセンターのブックスタンドに置いている。年2回、家族懇談会を開催していたが、コロナ禍により、ここ数年、開催を中止している。そのため、事業計画のうち必要な部分を書面にして、連絡帳に挟んで家族に渡している。障害者グループホームで生活している利用者には、週末に家族と会う機会が多いので、タイミングを見て渡すようにしている。事業の計画や、年間や月間の行事の予定を、家族や利用者にも周知できるよう取り組んでいる。

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 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

<コメント>

県社会福祉協議会の「福祉サービス利用者意向調査キット」を2年に1回受け、定期的に利用者や家族の声を聞く機会を設けている。また、提供する福祉サービスの質の向上に向け、必要に応じて、ドライブの係や散歩の係、玄関のチェック係などを設けている。各担当者が取り組みの計画を立て、振り返りを行っている。取り組みの結果は、職員会議で報告し、周知を図っている。ヒヤリハットなどの報告もまとめ、事故防止につなげている。

【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>

今年度、第三者評価を受審するにあたり、全職員で自己評価に取り組んでいる。自己評価表を作成する中で、利用者との関わり方や支援方法など、今まで当たり前のように行ってきたことが、もっと違う方法もあるのだと、新たな気づきや視点を得ることができた。また、現状の把握や課題を認識する機会となっている。自己評価の結果を職員会議で共有することで、事業の課題や事業所の特徴を確認するよい機会となっている。

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。	b
<コメント> センターとして「等級別標準職務表」を作成し、施設長以下の職責と職務内容を定めている。月1回開催する職員会議には施設長が出席し、活動の報告や意見交換の後、会議の後半の時間を使って、職員へのねぎらいの言葉も含め、施設長が意見を表明している。施設長不在時の権限は、管理者（課長）と2名の主任に移譲しているが、何かあった時は、施設長に連絡することになっている。消防計画も、施設長と管理者を責任者として作成している。	
【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。	b
<コメント> 県知的障害施設団体連合会に加盟して、遵守すべき法令などの情報を得て、迅速に対応するよう努めている。また、必要な研修会に管理者が積極的に参加している。職員会議の場で、必要な法令などの情報を、職員に説明して周知を図っている。管理者のみならず、センターの施設長や総務課と協同して、法令への対応に努めている。	
(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> 月1回開催する職員会議では、職員からの提案を積極的に受けるようにしている。職員の声を聞き、開かれた事業所となるようにしている。センターの研修委員会では、年2回、全体職員研修やスキルアップ研修を企画する他、権利擁護委員会が人権研修を開催している。権利擁護委員会では、職員のセルフチェックとして「こころのゆとり」に取り組んでいる。事業所の職員研修も年2回、職員がテーマを決めて行っている。最近では、障害支援区分を理解する研修会を開催している。その他、外部研修にも積極的に参加して、研鑽に努めている。	
【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。	b
<コメント> センターの施設長会議において、センター全体及び各事業所の事業収支や経営状況の分析、人員の配置などを確認している。事業所では管理者と主任が必要に応じて意見交換を行い、事業の課題や取り組みの進捗状況を確認して、施設長に報告している。職員会議で、必要な業務改善の指示や提案を行い、職員に十分説明して、合意を得て実施している。職員の連携が大事と捉えており、現在は十分に機能していると感じている。	

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。	b
<コメント> 常勤職員の採用は、募集から採用まで、センターの施設長と総務が担当している。非常勤職員の採用は、各事業所が行っている。人材の確保は継続した課題であり、センター内で、人材確保・育成のプロジェクトチームにより、集中的に対策を検討している。職員の募集は、ホームページやハローワーク、求人サイト、県社会福祉協議会福祉人材センターなどを活用している。各事業所内のOJTや、センター全体の階層別研修、各事業所の事業所内研修、外部研修などで、人材の育成に努めている。	

【15】 II-2-(1)-②
総合的な人事管理が行われている。

c

<コメント>

年2回、管理者と職員の定期面談を行い、業務や働き方に関する意向を確認する機会を設けている。管理者は、施設長と面談している。職員の評価は、以前は人事考課を取り入れていたが、評価者の差異が問題となり、必要とは捉えているが、現在は行っていない。管理者との定期面談を通して、職員の声を活用するよう取り組んでいる。

(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

<コメント>

定期的な職員との面談の他に、職員から希望があれば、随時管理者との面談を行っている。面談では職員の業務に関する希望や悩みを聞き取るよう努めている。有給休暇の取得状況を毎月把握して、積極的な取得を奨励している。センターの事業所の中でも、取得率は一番の実績がある。働きやすい職場作りとして、育児を希望する職員の短時間勤務に対応する他、健康や自己研鑽、親睦会、リフレッシュのための職員の費用負担補助の福利厚生を行っている。補助は年間1万円までの額で、申請、承認を受けて、職員のほとんどが活用している。インフルエンザの予防接種も、希望者に無料で提供している。センターの安全衛生委員会では、職場内事故の防止や、職員のメンタルヘルスのセルフチェックについても検討している。

(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

【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。

b

<コメント>

新入職員は、センターが開催する新任研修や階層別研修を受け、育成に努めている。職員は、センターの研修委員会が計画する全体職員研修や、事業所の特性に合わせた事業所内研修、必要に応じて外部研修に参加して、研鑽に努めている。また、「セルフマネジメントシート」を用いて、職員は自己の目標を立て、年2回の管理者との個人面談の中で、目標の確認と振り返りを行い、目標達成のサポートを行っている。期待する職員像としては、利用者とともに歩める職員、利用者に近い過ぎず、離れず対応できる職員であることを、施設長から職員に伝えている。

【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。

b

<コメント>

「等級別資格基準」にて、職責及び職務内容、任用要件を、職員に示している。資格が仕事をやるわけではないが、事業所の職員の専門資格の取得の状況は高い。センターの研修委員会が、新任研修や階層別研修、虐待防止研修などを企画、実施して、職員の専門性の向上に取り組んでいる。研修参加後は受講者にアンケートを取って振り返りを行い、次回の研修の参考にしている。アンケートでは、今回の研修の内容がどうだったか、どんな研修が必要かなど、参加した職員の声を聞いている。

【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。

b

<コメント>

職員には資格の取得を奨励しており、資格取得奨励制度により、指定する専門資格を取得した際には奨励金を支給している。職員教育は主にOJTで行い、外部研修など、OFF-JTも活用している。職員の自己研鑽を奨励して、書籍や研修に係る費用を一部補助する仕組みも設けている。外部研修の参加は、管理者の判断で職員の希望を聞いて派遣している。コロナ禍でzoomでの参加が多かったが、最近では元に戻りつつある。職員が外部と交流を持つことは大事と捉え、できるだけ職員を派遣するようにしている。センターが「お茶の水アカデミー」と契約し、録画での研修も視聴できるようにしている。

(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。

b

<コメント>

受け入れ窓口を管理者として、実習生の受け入れを行っている。実習の目的を確認し、実習の計画と予定を作成し、実習生の意向を確認して受け入れを行っている。職員は介護福祉士実習指導者講習会を受講している。実習生の受け入れは、年間2～3名と多くはないが、職員にも刺激があり、今後も要請があれば受け入れを行い、人材の育成に協力していく予定である。

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
<コメント> ホームページに、法人の理念や基本方針、サービス内容などを掲載し、運営の透明性を確保する情報の公開を行っている。また、年2回、広報誌を発行して、地域や関係機関に広く配布して、事業所の活動を知らせている。5月に行っている「もくせい園祭り」は、コロナ禍で4年間開催を中止していたが、次年度は開催を検討し、自治会や近隣の保育所、市内の福祉事業所などの参加を呼びかけていく予定である。	
【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。	b
<コメント> 法人の監事による事業監査の他、外部の公認会計士や税理士によって、上期と決算期に監査を行っている。また、センター内の各事業所を監事が回り、状況を確認している。ホームページには、各種情報を公開している。	

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。	b
<コメント> 理念や方針に、地域との連携を掲げている。コロナ禍で開催を中止しているが、5月に行っている「もくせい園祭り」では、地域や関係団体、ボランティアが参加、協力している。午後のプログラムには、カラオケやボーリング、買物、バスの利用など、事業所外の活動を積極的に取り入れ、地域との交流を図っている。11月に市のハーモニーホールを会場にして、「もくせい園コンサート」を開催している。コンサートは、市内の音楽家のグループが出演し、利用者も全員、参加している。また、コンサートには市内の障害者施設や保育所、関係団体を招待している。	
【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
<コメント> 年度ごとに担当者を決め、ボランティアの受け入れを行っている。現在、コロナ禍で受け入れは中止しているが、「もくせい園コンサート」には、元職員がボランティアとして参加して、コンサートの手伝いや利用者の付き添いを行っている。ボランティアの受け入れ時には、利用者への配慮や注意事項などを説明し、月間予定に記載して、利用者や家族に事前に知らせている。市の社会福祉協議会が主催するボランティア講座に協力し、7～8月の「サマーボランティア講座」では、中・高校生の受け入れを行っている。	
(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> 市内の生活介護事業所と連絡会を開催して、各事業所の特徴や共通する課題などを共有している。また、合同で職員研修会を開催している。基幹相談支援事業所が主催する市内の福祉事業所の協議会や、ネットワーク代表者会議に参加して地域課題のヒアリングの場で意見を述べている。コロナ禍で中止しているが、栗原コミュニティセンターのアフタースクールの交流に、利用者が参加している。	

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

<p>【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。</p>	b
-----------------------------------------------------	---

<コメント>

地域の自治会に、協力団体として加盟し、会合に参加したり、場所を提供したり、行事の手伝いなどを行っている。事業所の周辺には、保育所や小・中学校、特別養護老人ホームなど、義務教育施設と福祉施設が多い。子どもたちが多く、地域の活性化が期待できる地域と捉えている。事業所は市の指定管理施設なので、災害発生時には福祉避難所としての役割がある。センターも、災害時の地域住民の受け入れの協定を市と結んでおり、災害発生時の役割も大切と捉えている。

<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。</p>	a
------------------------------------------------------------	---

<コメント>

法人として、アジア交流研修事業を実施している。JICA（国際協力機構）の協力を得て、現地で社会福祉事業などを行う方を研修生として受け入れ、日本の社会福祉事業の紹介や交流を通じて、相互に社会福祉の発展に寄与する活動を行っている。第二次大戦でアジアに侵略した過去を踏まえ、福祉のジャンルの中での償いとして、交流研修を継続している。現在は期間を3週間に短縮しているが、最近では、ミャンマーやモンゴルからの受け入れを行っている。また、他法人と協同で、食事の無料、低価格での提供を社会貢献事業として実施している。

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

<p>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p> <p>【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。</p>	a
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---

<コメント>

センターの方針に、「私たちは障害児・者の尊厳を守ります」を掲げ、職員は利用者一人ひとりを大切にしている。「利用者支援サービス指針」や「職員倫理綱領」にも、人権の尊重を定めている。人権の尊重や職員のあるべき姿については、新任研修や階層別研修のテーマとして理解を深めている。また、センターの全体会議でも周知している。「職員倫理綱領」と「利用者支援サービス指針」は、現在、内容の見直しを行っている。職員のあるべき姿を、「利用者さんへの10の誓い」として、より具体的に示している。

<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。</p>	a
---------------------------------------------------------------	---

<コメント>

「職員セルフチェック」の項目に、プライバシーへの配慮の項目を設け、職員は毎年振り返りを行っている。「職員セルフチェック」は、「ちゃん・くん呼びしていませんか」など、具体的な項目とし、毎年12月頃全職員に配布して取り組んでいる。結果は集計、分析し、全体会議で報告している。トイレや更衣室はカーテンを用いてプライバシーを守っている。利用者個々の特性で、飛び跳ねている方、歩き廻っている方、トイレの入り口を自分の居場所と決めている方などのプライバシーを確保しながら、職員は見守っている。タイミングよくお茶を出したり、貼り絵を促してみたり、一人ひとりの状況を把握して、日中活動に誘っている。

(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>

ホームページやパンフレットに事業所の活動内容を掲載し、写真を多く取り入れて、わかりやすい内容としている。利用の相談は、センターの相談室で対応している。その後、事業所の見学や体験実習を経て、利用を決定している。利用者本人に実際に活動を見てもらい、興味を持ったものを体験してもらっている。家族からの聞き取りや、利用希望者の状況を把握して、向いていると思われる活動を体験してもらっている。

【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

<コメント>

利用者及び家族と面接して意向を確認し、サービスの利用を決定している。サービスの開始時には、重要事項説明書や契約書の説明を行い、書面を取り交している。また、個別支援計画書について説明を行い、ニーズを聞き取り、今後の活動内容を決めている。相性の合う人や難しい人を、利用者の態度や表情から推測して、利用者が安心できる人の中で活動できるようにしている。担当制を取り、できるだけ早く、職員との信頼関係を築くことができるよう配慮している。

【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。

b

<コメント>

利用者の他事業所への移行は、相談支援事業所と連携しながら、移行先の事業所や家族に必要な情報を提出し、引継ぎを行っている。他事業所への移行は、本人の希望より、家族などの都合の場合が多い。以前、他事業所に移行した利用者は、本人が居住するグループホームを運営する法人内の事業所への移行であったので、スムーズに情報を提供でき、継続してサービスを利用している。

(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

<コメント>

コロナ禍前は、県社会福祉協議会の「福祉サービス利用者意向調査キット」を活用し、利用者や家族の意見をサービス改善に活かしていた。言葉での表出が難しい利用者が多いため、嫌がらずに事業所に通い、嫌がらずに活動を行っているかを、満足度のひとつの目安にしている。利用者の自傷や他害、物を壊すなど、その行動の前に何が合ったのか、心の状況を確認し、その時の気持ちを受け入れて、安心できる環境を作るようにしている。薬品の保管場所など危険な箇所には鍵をかけているが、事業所内や玄関は施錠せず、利用者が自由に行き来ができるようにしている。

(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。

b

<コメント>

苦情解決責任者は施設長とし、受付窓口は管理者（課長）としている。苦情解決の仕組みは、利用契約時に家族に説明している。センターの第三者委員が、事業所を巡回して、利用者の様子を確認している。その他、オンブズマンが月1回来園して、活動の様子を確認し、利用者に声を掛けている。職員用の意見箱を設置し、不適切な対応などの早期発見に努めている。職員用の意見箱は、センターの虐待防止委員会が管理している。家族からの苦情はほとんどなく、意見や希望は職員に直接話してくることが多い。

【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

<コメント>

面談室にて、担当職員又はグループの受け持ち担当職員が、利用者の相談に対応している。定期的に面接を行っている利用者もいる。市の指定管理事業所として、他の事業所では受け入れが難しい方の利用も多い。多くの配慮の必要な利用者には、面談室は静かな落ち着いた状況下で話ができるので、時間をかけて話を聞いてもらうことにより、自分の気持ちを表出し、落ち着いて活動に参加できるようになったケースもある。言葉での意思表出が難しい利用者に対し、日常の活動場面での様子を観察して、職員が情報を共有して、利用者の気持ちを汲み取るよう努めている。

<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。</p>	<p>b</p>
-----------------------------------------------------------	----------

<コメント>

利用者からの「〇〇が食べたい」「〇〇へ行きたい」などの希望は、年に2回の個別外出で可能な限り実施できるようにしている。毎日の近隣への散歩やドライブなど、天気の良い日は、午後の時間は外に出かけるようにしている。どのグループがどこに行くかなど、計画に沿って実施している。外に出て好きな物が目に入ったりすると、急に走り出したり、予期せぬ行動があるため、必要な利用者に対しては2名で対応するなど配慮している。

(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。

<p>【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。</p>	<p>b</p>
---------------------------------------------------------------------	----------

<コメント>

利用者の健康管理は、看護師が行っている。「感染症、窒息、心肺蘇生などのマニュアル」を作成し、怪我をしたり、頭を打ったりした場合は、状況のわかる者が家族へ連絡し、受診の手配などを行っている。リスクマネジメント委員会を設置し、ヒヤリハット報告書を収集、分析して、事故防止につなげている。5ヶ所の作業室はオープンになっており、利用者が自由に行き来できるようにしている。人の姿が見えると落ち着かない方は、パーテーションで仕切り、構造化により次に何を行うかを確認しながら、落ち着いたスペースで活動している。事業所内の柱にはクッションを付け、危険を回避している。送迎時の同乗者の組み合わせに配慮し、動きの多い利用者には、添乗員が安全に十分気をつけながら支援している。

<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>	<p>b</p>
----------------------------------------------------------------------	----------

<コメント>

感染症対策やマニュアルの作成は、産業医の意見を取り入れて行っている。センターのリスクマネジメント委員会、コロナ対策本部で、感染症対策やマニュアルを示し、職員会議で、周知、徹底している。コロナ感染症の発生時には、マニュアルに沿って対応している。また、厚木保健福祉事務所からの対策のパンフレットを、職員会議で周知している。ノロウィルスの吐しゃ物処理の物品などの確認や、手順なども周知している。感染症ではないが、抗てんかん薬を多くの利用者が服用しており、薬は看護師が管理して、投薬している。

<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>	<p>b</p>
------------------------------------------------------------	----------

<コメント>

市の指定管理事業所のため、災害発生時は避難所の役割を担っている。災害対応のマニュアルを整備して、年2回、防災訓練を行ってしている。コロナ禍以降は、消防署と連携した訓練は行っていない。マニュアルに、地震の規模により職員は全員出勤し、緊急役割体制につくことを決めている。また、家族への連絡や引き取り、送迎などの役割を決めている。現在、BCP（事業継続計画）を作成中である。火災感知盤が職員室に設置されており、どこで火災があったか、すぐに全館へ連絡し、避難ができるようになっている。また、セコムを設置している。備蓄品として、3日分の非常食を確保している。

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>第三者評価結果</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>	<p>a</p>

<コメント>

サービスの基本事項である、個人の尊厳やプライバシーの保護、権利擁護などは、方針や規程に明示している。一般的なマニュアルとして、「感染症マニュアル」や「防災マニュアル」、「虐待防止マニュアル」、「身体拘束防止マニュアル」などを整備している。また、「個別支援計画作成マニュアル」を手順書として作成している。個別支援計画の策定方法を示し、併せて、書式の理解として、アセスメントシートやフェイスシート、実施記録など、計画作成に関するシートを整理して説明し、誰でも理解できるようにしている。

【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

<コメント>

「個別支援計画作成マニュアル」は、数回、見直しを行っている。個別支援計画は、柔軟性をもって策定していることから、利用者支援にかかわる検討は毎月のチーム会議で行い、その時に支援実施書の内容も一緒に見直している。具体的な支援方法などは支援実施書を作成して、どの職員でも支援できるように工夫している。

【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。

a

<コメント>

日々の利用者との関わりの中で、利用者の様子を確認して、生活面や身体面、活動面などをアセスメント表に落とし込み、家族から情報入手し、チーム会議で検討して、個別支援計画の原案を作成している。担当職員や生活支援員、相談員、看護師、栄養士などが支援検討会議に参加して、利用者の個別支援計画を作成している。

【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。

b

<コメント>

支援検討会議で6ヶ月ごとにモニタリングを行い、すべての職員が内容を共有している。モニタリングの結果を踏まえ、個別支援計画の変更を行っている。支援検討会議は毎月開催し、利用者の身体面や精神面の変化や、活動の状況などを話し合っている。利用者に大きな変化が見られる時には、随時支援方法を変更している。長期で入院し、状況の変化がある方が退院してきた時など、支援検討会議で支援方法の見直しを行っている。

(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。

b

<コメント>

利用者に関する記録は、パソコンに入力している。また、利用者個人のフェイスシートやアセスメントシート、個別支援計画書、支援実施書などは、個人台帳にまとめて保管している。業務日誌や毎日の排せつ記録、食事記録、毎月の体重記録、人によって毎日計測する血圧記録など、手書きの書面もある。コロナ禍で中止しているが、「より良い記録の書き方・注意点」について、研修を行っている。また、利用者の状況によって、「個別不穏状況記録」を作成して、職員間で共有している。

【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。

b

<コメント>

書類管理責任者は施設長としている。個人情報保護規程を定め、利用契約書に、書類の開示や守秘義務を記載して、家族に説明している。紙ベースの記録については、1年ごとにまとめて倉庫に保管している。過去に情報開示の請求はない。