

### 第三者評価結果

事業所名：かたくりの里

#### 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>&lt;コメント&gt;                  法人の理念、基本方針はパンフレットやホームページに公開され、事業所の事務所にも掲示されています。職員は入職時の研修で説明を受け、周知しています。また基本方針を反映した事業計画が作成されており、職員会議でも機会を見て、確認するようにしています。利用者や家族には契約時に基本方針の説明をし、理解を求めています。より分かりやすい工夫をしていくこと、周知を継続していくについては、十分ではないと考えており、今後の課題としています。</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>&lt;コメント&gt;                  事業経営を取り巻く環境や経営状況については、主に法人からの情報で把握しています。管理者会議に参加するとともに、経営企画会議の議事録や行政からの通達などがメールで配信され、最新の社会福祉事業全体の動向を確認しています。事業収支の状況は常に把握し、利用者数、利用日数、利用率の推移を確認、分析し、収支改善に向けて上部機関と対応を協議しています。事業所としては、「神奈川県精神障がい者地域生活支援団体連合会（県精連）」や「藤沢市地域生活支援連絡会」に参加し、地域の動向の把握に努めています。地域の福祉計画の策定動向と内容の把握、分析までは行えていません。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;                  現在の経営課題として、利用率を向上させ収支を改善することをあげています。コロナによる影響だけでなく、日々、波がある利用者の体調次第で利用率が変動します。そのため、通所につながりにくい利用者には面談等のアプローチをする必要があると考えています。次に、「利用者の工賃向上」と「個別支援」とのバランスを課題としています。作業に追われると、利用者への丁寧な個別支援が弱くなってしまうので、面談の時間をあらかじめ設定するなどの工夫をしています。このような課題は職員間で共有していますが、状況の改善につながるよう努めていきたい、と考えています。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;                  以前は、法人としての中・長期計画が策定されています。現在、事業所としても中・長期計画は作成されていません。管理者は、事業所としてめざしていきたい将来像を持っていますが、具体的に計画化、文書化されていないので、今後の課題と考えています。</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。	c

<コメント>  
単年度の計画は、法人の理念、使命、指針を土台として、当年度の重点目標を掲げています。業務面では、作業、工賃、職場実習、就労支援、利用者支援、家族支援などの計画が記載されています。この他、研修、年間予定、行事計画、社会貢献・地域貢献の取組について計画しています。中・長期計画がないために、単年度事業計画の積み重ねとなっています。数値目標や具体的な成果を設定し、実施状況を評価できるような計画を策定していくことが課題です。

(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>  
事業計画は、職員会議、リーダー会議での話し合いを通じて所長がまとめて作成し、3月の職員会議に報告しています。進捗状況を半期ごとにまとめ、法人に報告しています。実施状況の把握や見直しについては、職員全体が把握できるような取組ができていなかったため、事前に部門ごとに話し合ってもらったり、個別に意見を出してもらおうようにしています。事業計画への職員参画をさらに進めたいと考えています。

【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>  
事業計画について、利用者や家族に対して分かりやすい資料の作成や積極的な周知への取組ができていなかった、と考えています。行事計画は、利用者にとっても関心が高いことなので、本来は年間の予定をお知らせすべきですが、利用者の特性上、難しさを感じています。予定通り実施できないことが多く、また、変更があると、戸惑う方もいるため、確定した時点で予定をお知らせするようになっていきます。月初めの利用者ミーティングで次月の予定を伝え、外出先を利用者の投票で決めるなどの取組に努めています。

#### 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>  
福祉サービスの内容について、所属するエリアのグループ会議で毎月の事業報告書を提出、報告し、課題を話し合っています。事業所の課題については、法人執行役員、グループ長、事業所管理者が個別に協議し、対策を検討しています。事業所としても重点課題を設定し、事業計画に盛り込み、改善の取組を行っています。ただし、目標の立て方が曖昧だったり、評価の方法が確立されていないことは課題と考えています。第三者評価は3年に1度受審しています。法人の取組として職員の満足度調査（運営、職場環境等）を実施しています。

【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>  
事業報告を半期に一度法人に提出し、振り返りを行い、課題を明確にしています。職員会議等で職員間で共有し、解決に取り組んでいます。3年前に第三者評価を受審しましたが、その結果を受けて事業所が課題解決にどう取り組んだのかが曖昧になっていました。管理者交代時に、引き継ぎができていなかったことを反省点としています。今後は、評価結果から明確になった課題について、職員の参画の下で、改善策や改善計画を策定し、文書に残すことで、管理者交代があっても、取組が継続していくような体制づくりが期待されます。

## 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>

管理者の職務内容、責任と権限は経営、運営、資産管理、人事、環境整備、工賃向上、法人への進言などに及び、「職務権限規程細則」に詳細に記載されています。非常時の連絡体制については、法人作成の「職員ハンドブック」にフローチャートがあり、管理者への報告の流れが記載され、職員に周知されています。事業所内では、管理者、副主任（サービス管理責任者）、副主任、の順位で責任が委譲されることになってはいますが、文書化はされていません。管理者の役割については特段、広報紙等での掲載はしていません。「職務権限規程」はいつでも職員が閲覧できるようになっています。

【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。	a
---	---

#### <コメント>

法人には「法令遵守規定」があり、責任者は、常務理事となっています。法令遵守違反の疑いがある場合、「コンプライアンス検討会議」で解決に取り組むことになっています。「コンプライアンス推進室」が事業所からのさまざまな事象を把握し、適切な指導をすることになっています。事業所は「法令遵守規定」にもとづき、関係利害関係者との適正な関係を保持している、としています。新しい法令については、法人内外の研修を受けています。法人の「倫理行動綱領」および「倫理行動マニュアル」があります。「職員ハンドブック」には内容が分かりやすく記載されており、職員に周知されています。

(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>

管理者は職員会議で、事業所の月次状況報告を冒頭に行い、状況や課題について評価、分析し、職員に伝えています。職員会議の前には、部門リーダー会議を開き、職員会議で話し合う議題を検討、整理しています。福祉サービスの質の向上に向けて、それぞれの会議で職員の意見を聞いて、現場職員の視点を大切にすよう努めています。職員の研修については、階層別研修、分野別研修、職員にとって必要と思われる研修への参加を促しています。サービスの質の向上に向けた取組は今後さらに努めていきたいと考えています。

【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>

利用率を向上させるために、休んでいる利用者へ声かけなどのアプローチをしています。また、利用者の新規開拓に向けて関係機関を回る予定にしています。時間外労働を削減するために、職員と個別面談をして業務の整理をしています。職員の異動や退職などで職員体制に変更がある場合は、職員の意向を聞いて、職員配置を行っています。部門を超えて職員が話し合うような機会を作ることで、相互に協力し合う雰囲気を作り出しています。職員がより協力しあう環境を作るために、課題の共有や業務マニュアルの作成に取り組んでいますが、組織的な活動には至っていません。

### 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>

法人として人材確保と育成に関する基本的な考え方をホームページで示しています。人材確保の計画は法人人事部が行っています。常勤職員は法人が、非常勤職員は事業所が中心となって採用活動をしています。ホームページの採用サイトでは、仕事の内容を写真付きで紹介し、職員一日を追った記事を載せています。現職職員が仕事のやりがいについてメッセージを寄せて、志望する人の参考にしていきます。人員確保については、法人全体の課題となっています。

【15】 II-2-(1)-②  
総合的な人事管理が行われている。

b

<コメント>

法人の「職員倫理行動綱領」に職員としてのあるべき姿を掲げており、また、「職員ハンドブック」に13項目にわたって期待する職員像が明記されています。「職員昇給・昇格・昇進に関する細則」が定められており、常務理事、事務局長、エリアマネージャー、所長による推薦で審査会による総合審査および理事長の最終判断で決められています。しかし、職員全体に仕組みの周知が十分できてはいないと認識しています。人事考課は、昨年度まで法人のシステムにより実施されていましたが、現在は、システムの再構築を検討しています。

(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>

法人は職員に対して、年に1回「意向調査」を行い、現在の業務についての認識や、次年度の就労意向、異動の希望、面談の希望、などの情報を把握しています。面談相手は、所長以外を希望することもできます。メンタル面での悩みを相談できる「こころの相談室」には、心理士が対応しています。傷病休暇や育児休暇からの復職などをサポートする「いきいきライフサポート室」には、産業医、心理士などの専門職が配置されています。ハラスメント相談連絡先の一覧表が職員ロッカーに貼ってあります。有給休暇は常勤年5日の取得、非常勤は完全消化を呼びかけています。

(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。

b

<コメント>

職員に対して業務上の目標を聞き取り、本人が取り組みやすいように業務を調整したり、関連する研修受講を促すようにしています。昨年度までは、法人共通の人事考課システムを使用し、具体的目標を定めて、年度当初、中間、年度末に面談と確認を行っていましたが、今年度は人事考課の見直しが行われており、目標管理のための仕組みを再構築中です。

【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。

b

<コメント>

法人の研修委員会が研修計画を策定し、新人研修や事例検討を行っています。国家資格取得支援のため、学費を貸付し、合格して一定期間勤務をすれば、返済を免除される制度があります。法人の研修計画に基づき、対象となるような職員にそれぞれ受講の声かけをしています。事業所として研修のねらいや目的、対象者をあらかじめ明確にした、年度研修計画の策定が期待されます。

【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>

法人の研修計画には階層別研修があり、経験年数に応じた研修を受けられるようになっています。入社3年目の職員は、法人内の他の事業所を1日体験する「交流研修」を受講していますが、これは職員の視野が広がり、良い刺激になっています。新人職員には、法人の研修に加えて、OJTとしてサポート職員が1名つき、1ヶ月後に達成状況を評価するようにしています。職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTプログラムの具体化に期待します。

(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。

b

<コメント>

実習生は、事業所の福祉サービスを理解する人を広げるために大切な存在と認識しており、社会福祉士、精神保健福祉士、看護師養成校の実習を積極的に受け入れています。実習生は事業所の作業部門に入り、ほぼ職員と同じ動きをしながら学び、実習日誌を書き、日々の振り返りをします。最終的には個別支援計画を作成することになっています。実習生のプログラムと流れは決まっていますが、受け入れマニュアルの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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念、基本方針、事業計画、予算書、決算書、事業所の活動は、法人ホームページ、パンフレット、法人広報紙において公開しています。第三者評価は定期的に受審し、結果は公表されています。苦情解決体制（責任者、窓口、第三者委員）も公表されていますが、苦情内容への対応については、個人的なこともかかわるので公表はしていません。苦情内容についてどのような対処をしているかは、事業所の姿勢を外部に理解してもらうためには必要であり、個人を特定されない範囲で内容を公表していく取組に期待します。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人は「内部管理体制の基本方針」のなかで、経営についての管理体制、リスクの管理体制、監査環境の整備を定めています。法人事務局が定期的に巡回して、内部監査を実施しています。経理、取引の適正な運営ルールは「経理規定」のなかで具体的に示されています。法人で数年に一度外部の専門家に委託し、各事業所の財務監査支援を行っています。取組について、職員への周知が十分ではないと考えています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「地域との共生」が基本方針であり、地域との関わりについて、生協や市役所などの販売会への利用者の参加や、農業を通じての地域交流を「事業計画」で明記しています。掲示板に法人運営のカフェやイベントのポスターを掲示し、利用者に周知しています。地域のお祭りやイベントにおいて、利用者は販売で参加しています。近隣農家での農作業や一般企業での倉庫作業を通じて、地域の方とともに仕事をし、社会参加の機会を作っています。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティアは現在、3名が定期的に活動しています。ボランティアセンターに団体登録し、ボランティア保険に加入しています。ボランティア希望の方の紹介があると、面談の上、個人情報保護等について説明し、同意書を提出していただきます。市の精神保険ボランティア育成講座に実行委員として参加しています。ボランティアの受け入れの手順は決まっていますが、基本姿勢やマニュアルの明文化がされていないので、今後の課題です。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>行政機関、医療機関、デイケア事業所、就労援助センターなど、提携機関のリストは独自のものではありませんが、市が作成したものを活用しています。市の精神障がい者地域生活支援連絡会や湘南東部地区精神障がい者就労推進協議会（SEJA）に参加し、共通の課題解決に向けて情報交換や協働した取組を行っています。就労の機会を増やすために、「農福連携コーディネーター人材育成研修」に職員が参加し、コーディネーターの資格を取得して、その人脈で農家との連携を作り、新たな就労のきっかけを作ることができました。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>県精神障害者地域生活支援団体連合会（県精連）、市精神障がい者地域生活支援連絡会など関係団体に参加し、福祉ニーズを把握し、共通課題を共に取り組んでいます。また自治会に参加し、組長も経験して、会費の集金や草むしりなどを通じて地域との信頼関係を築いてきました。自治会から敬老の日のプレゼントで使用のお菓子の注文を受けました。地域との連携、生活課題の把握や取組は今後の課題と考えています。</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。

b

<コメント>

現在はコロナ禍により中断していますが、地域貢献のために、法人では社会貢献活動プロジェクトを立ち上げ、横浜市中区寿町での生活困窮支援事業を行う「寿炊き出しの会」やバザーを行っています。日本赤十字社の職員の献血活動を実施しています。事業所として自治会や商店会に加盟していますが、地域貢献につながる活動は今後の課題としています。

### 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>

基本方針の第一項に「人権の尊重とサービスの向上」を掲げ、「倫理行動綱領」、「倫理行動マニュアル」で具体的な支援姿勢と支援の最低基準を示しています。これらは入職時に配布する「職員ハンドブック」に載せています。職員は1年目にグループワークも含め3回シリーズで実施する「社会福祉施設職員の職業理念、倫理」の研修を受けており、理念や基本方針は職員室内にも掲示しています。支援会議では個々の利用者を尊重し、日々の支援が基本的な人権に配慮したものとなっているかどうかを振り返っています。

【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>

「倫理行動要綱」の基本的理念で「自由とプライバシーの守られる環境の維持」をうたい、職員ハンドブックで具体的に記述して職員が実践できるようにしています。利用者がベッドで休むときのためにパーテーションを用意しています。「かたくりの里 基本ルールとマナー」で「ほかの利用者の方の個人情報をむやみに他人に話したり聞き出したりすることを禁止します」「ほかの利用者の方に断りなく動画・カメラ撮影をすることを禁じます」と記し、利用者にもプライバシー保護を呼びかけています。

(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>

ホームページやパンフレットではイラストや写真を多数掲載し、事業所での過ごし方がイメージできるようになっています。パンフレットは市役所や相談支援事業所、病院のデイケアルーム、商品を販売する店舗等に置いています。月に1~2名見学希望者があり、積極的に受け入れています。事業部門(就労継続支援B型事業と生活介護事業)、週当たりの通所日数、部門内の作業や活動内容など、ニーズに応じていろいろ選択できることを特に丁寧に説明しています。事業部門は両方とも体験してから選択することができます。

【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。

b

<コメント>

サービスの開始にあたっては、利用契約書や重要事項説明書を渡して説明しています。開始時及び変更時には、利用者から同意書を受け取り、保管しています。文章だけでわかりにくい部分については、写真等も用い、口頭でも補足説明しています。新事業である生活介護の利用契約書は、すべての漢字にふりがなを振り、項番も入れ替えて就労継続支援B型の契約書と比べわかりやすくなっています。サービスの変更時の説明については、さらに分かりやすくしたいと考えています。

【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>

サービスの変更や移行等の際は、本人の意向を大切に、不利益が生じないように進めています。ただ、移行先への連絡について、手順や引き継ぎ文書等は定められておらず、今後の課題と管理者は捉えています。また、利用終了後、相談に乗ることはありますが、口頭で答えているだけで、文書を渡すことはしていません。今後、手順を定めて文書を作成し、記録を残していくことが期待されます。

(3) 利用者満足の向上に努めている。

【33】 Ⅲ-1-(3)-①  
利用者満足向上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>

就労支援事業B型では月1回、事業所内の環境を含めて意見を出してもらうため利用者ミーティングを開いています。「床やドアが汚れているからきれいにしてほしい」など意見を出してもらって記録に残し、改善しています。レクリエーション活動の内容は利用者の意向をもとに組み立て、実施后感想を聞いています。その他、随時行う個別面談で利用者満足を把握しています。満足度調査やアンケートについては、定期的に実施することを検討中です。

(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>

「苦情解決に関する規則」「苦情解決事務手続き」を策定し、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置して体制を整備しています。重要事項説明書に苦情の受付及び権利擁護について明記し、利用契約時に説明しています。また、苦情解決責任者等の連絡先や顔写真を載せた苦情受付ポスターを所内に掲示しています。また、意見箱を設置し、匿名でも意見を言えるよう配慮しています。ほとんどの苦情は直接職員が口頭で受け、所定の記録用紙に記入しています。苦情内容、解決結果を、苦情を申し出た方への配慮をしたうえで、公表していく取組に期待します。

【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>

相談の際は、利用者が職員を選択できることを周知しています。苦情に関しても、複数の苦情受付窓口のほか、外部の第三者委員や藤沢市、神奈川県との相談先を重要事項説明書等に明記し、事業所内に掲示しています。法人のホームページには問い合わせのページがあり、そこからも苦情の申し入れができます。相談を受ける際は面談室を使い、プライバシーに配慮しています。

【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

<コメント>

「クレーム(苦情)対応マニュアル」「クレーム(苦情)報告マニュアル」を整備しています。福祉サービスの向上につながるよう、苦情受付担当者は年に2回研修を受けて対応の仕方を学んでいます。相談や意見の内容は朝礼または終礼で共有し、「開門時間が遅い」などの軽微な問題点であれば即改善していますが、多くのクレームは対応前に副主任や管理者に報告・相談しています。作業等の業務で相談を持ちかけられた時にすぐ対応できないこともあるので、相談日や時間帯を決めて作業量を調整するなど、相談しやすい環境整備を検討しています。

(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>

ヒヤリハット/インシデント分析管理委員会を設置し、委員会主催の研修を実施しています。職員ハンドブックに危機管理について記載し、トラブル発生時の対応を職員に周知しています。近隣の利用者への送迎を行っているため、車両にまつわるヒヤリ・ハットの割合が多くなっています。日々の終礼でヒヤリ・ハットの報告をし、対応策を検討して実施しています。例えば利用者が頭をぶつけそうなできごとがあったら、クッションをつけ、「頭上注意」と大書しています。収集したヒヤリ・ハットは分類して集計しています。

【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>

法人で危機管理室を設置し、感染症予防に対するガイドラインを作成して定期的に改定しています。ガイドラインを職員に配布し、マニュアルの読み合わせを行っています。日々の地域の感染状況などを朝礼で伝え、継続的に感染対策を行えるよう意識付けしているほか、利用者・職員ともに体温測定と消毒を徹底しています。感染症発生時には、ガイドラインに沿って対応し、状況によっては藤沢市保健所及び法人危機管理室と相談して対応策を決めています。

<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
<p>&lt;コメント&gt; 法人で災害発生時の対応について定めています。また、安否確認システムを導入し、各自のスマートフォンなどで安否確認を行えるようにしています。防災訓練を3月と9月の年2回行い、避難経路を確認しています。消防署と連携して消火訓練を行うことはコロナ禍でできず、コロナ終息後の実施が期待されます。地域のハザードマップも確認していますが、大災害発生時の具体的な対応策は不十分であると管理者は認識しています。</p>	

## 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
<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>	b
<p>&lt;コメント&gt; 福祉サービスの標準的な実施方法として、法人策定の「県央福祉会職員行動綱領」「倫理行動マニュアル」を掲載したハンドブック（基本的なサービス提供）を職員に配布しています。職員の理解を深めるため、法人内や外部研修により、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢を明示しています。事業所としての業務の手順はありますが、文書化が不十分で、共有化も十分されていないと認識しています。マニュアル類はパソコンにそれぞれありますが、共有し利用しやすいように、整理、工夫していくことが期待されます。</p>	
<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>	b
<p>&lt;コメント&gt; 標準的な実施方法については、必要に応じて担当者が手直しを行い、職員会議で報告しています。標準的な実施方法の検証・見直しの仕組みは特段用意されておらず、定期的な検証が十分ではありません。法人策定の標準的な実施方法に基づいて個別支援計画が作成され、個別支援計画の見直しを適宜、行っています。実施内容に問題があれば、随時、検討や見直しを行います。障害特性や状態、生活環境に必要な支援の見直しが必要な場合は、個別支援計画に反映しています。</p>	
<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>	b
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画の策定責任者はサービス管理責任者です。責任者は各部門の担当者の意見や利用者・家族の希望やニーズ、本人のストレングス（強み）を反映したアセスメントを作成しています。必要な見直しが出た場合は、関係職員らと協議の上、適宜、個別支援計画に反映しています。個別支援計画作成後、半年に1回以上、実施状況の確認を行い、必要に応じて変更をしています。従来のアセスメント表は、情報量が少なかったため、項目を増やした書式に変更するなど、より充実したアセスメントをすべての利用者を実施できるように、事業所として体制づくりに取り組んでいます。触法案件についても、関係機関と連携して、本人に寄り添いながらサービスを提供しています。</p>	
<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>	b
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画は、毎月開かれる個別支援会議でとりあげ、評価、見直しをしています。個別支援会議には非常勤職員も含めて参加し、職員がグループに分かれて一つずつケース検討を行うようにしています。モニタリング、利用者面談により作成した個別支援計画案を職員で検討の上、利用者、家族の同意を得ています。個別支援計画の評価の仕方、見直しの仕組みに関して職員に理解度の差があるため、研修を予定しています。</p>	



(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>

法人の記録システムを使い、日中の利用者の様子、職員の所見等を入力しています。デジタル化されているので、過去の記録を参照したり、情報共有もしやすいのですが、プリントして情報共有する方法も併用しています。記録システムの活用について習熟が不十分なので、個別支援計画との連関など、システムをより有効に活用できるよう、取り組んでいます。

【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>

法人の「個人情報保護規定」において、個人情報の適切な収集、管理、開示方法について示されています。文書の管理については、「文書管理規定」があり、持ち出し禁止、文書ごとの保存期間、廃棄方法などが明記されています。パソコンは番号を付け、法人が管理しています。電子記録の外部流出を防ぐため、USBなどの媒体の使用制限があります。個人情報の取り扱いは契約時に重要事項説明書で説明しています。