

第三者評価結果

事業所名：あゆみの家

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> 法人の理念・基本方針は毎年発行される「社会福祉法人県央福祉会 紹介冊子」やホームページに紹介されています。事業所では玄関に掲示され周知しています。事業所は法人の理念等に則って運営され、職員は「職員ハンドブック」や職員会議で繰り返し法人の考え方を学んでいます。利用者や家族には、利用契約時に事業所パンフレットや重要事項説明書で丁寧に説明していますが、今後は毎年継続的に説明する機会をつくり、周知を図ることが期待されます。	

2 経営状況の把握

（１） 経営環境の変化等に対応している。	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> 法人の経営状態は職員会議等で職員に周知しています。事業所の経営状況はグループ長と管理者を中心に分析し、課題を把握しています。職員会議等で職員に経営内容を伝え、経費削減の意識を一人ひとりに持ってもらうことで、収益力アップを目指しています。コロナ禍で、見学者や入所希望者が減少していますが、引きこもり等で悩まれている家族のニーズが地域の中にあることを把握しているので、今後そうしたニーズを掘り起こしていくことを課題としています。	
【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> 法人では調査機関を利用して、各事業所を調査し、事業所が弱点を把握できるよう分析し報告しました。その結果、全体的に「ライバル・競合」への意識が低下しているとの結果が報告されました。管理者は、福祉業界も一般企業の参入で競合が激しくなり、一部では過剰なサービスを行い、「自立のための支援」から「依存させるための支援」を行う事業所もあると考えています。そうした環境下で福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員の育成等を検討し、「魅力ある事業所」作りに向けて模索が続いています。	

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> 中期計画は法人で作成され、実行されていますが、現在次期中期計画作成中のため、事業所には手元に計画書がない状況です。事業所では中期計画の作成はしていませんが、2～3年後に向けて、収支改善の目標を持っています。利用者の出勤率の向上や、作業内容の単価アップへの取組、安定した収益体質を確立するための室内栽培や外部栽培での野菜作りのトライアル等、明文化はしていませんが、経営改善に向け積極的に取り組んでいます。	
【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> 中期に向けた生産性の向上や、工賃アップの目標は文書化されていないものの、今期の事業計画は目標に向かって作成されています。今年度の重点課題は、利用者・家族・地域に親しめる環境作りや、利用者本人の尊厳を尊重する支援（言葉遣い・敬称）の実施、生産する商品（菓子箱・封筒・田楽味噌）の品質向上、職員の専門性の向上等に取り組むとしています。魅力ある施設をつくるためにも「職員一人ひとりが、利用者と共に笑顔で働ける職場を作ること」に努め、利用者稼働率の目標を定員の7割とし、出勤率向上に取り組んでいます。	

(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> 事業計画は法人の理念・基本方針・ミッション・職員行動指針等をベースとして、管理者が策定しています。今期の方針について職員には職員会議で話し、周知しています。また、法人の基本方針について、特に人権尊重とソーシャル・インクルージョン（共生社会）について会議で詳しく話し、職員の理解を深めています。事業計画の実施状況の評価基準は一部を除いて定められていません。また、事業計画の作成プロセスにおいて、職員等の参画が十分出来ていません。	
【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> 事業計画の主な内容は期首の利用者会議で話し、今年度の行事予定表等を配布・周知しています。家族会は実施していないため、家族に対する説明や周知は事業所に来所した一部の人だけになっています。利用者の希望やニーズを汲み取り、魅力ある事業所づくりへ向けた取組の一環として、家族会等の実施の検討が期待されます。また、新たに若い利用者の獲得に向け、家族に対するコミュニケーション強化のあり方など、運営内容の再検討が期待されます。	

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> 常勤職員は自己評価を法人のシステムである「あしたのクラウド」で実施しています。項目は 1. 今期の自己の課題設定 2. 部下指導・育成の目標設定 3. 業務改善・品質向上 4. リスク管理等について自分自身で目標内容を設定し、中間・期末に自己評価して上司と面談し、達成度合いを確認しています。福祉サービスの質の向上に向けて常勤職員の自己評価を活用していますが、職員の3分の2を占める非常勤職員の活用や話し合いの実施が課題となっています。	
【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> 評価結果を分析した結果やそれに基づく課題は文書化され、管理者が職員会議で職員に伝え、課題の共有化が図られています。課題によっては明快な解決策が直ちに実施できない事柄もあり、そうした事項については都度悩みとして保留し、時機を見て解決に取り組む必要があると考えています。改善策の実施にあたっては、利用者へ分かりやすく説明し、理解を得ることを大事にしています。まだ着手できていない課題への取組事項もあります。	

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> 管理者は自らの事業所の経営・管理に関する方針と取組を職員会議等で明確にすると共に、日常業務を通じて最終判断や責任が管理者にあることを職員に周知しています。職務分掌については法人の規定集に記載されていますが、事業所内で独自の作成はありません。管理者不在時の責任体制は、常勤職員が所長を含めて2名であるため、もう一人の常勤職員を指名していますが、事業所に配属されて間もないため、事業所での経験期間が短いことが現在の課題となっています。	
【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。	b
<コメント> 事業所として必要な法令等の情報は、法人本部から得ています。また大和市障がい福祉課等からその都度、情報を得ています。利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との関係においても、遵守すべき法令等を十分理解しており、適正な関係を保持しています。管理者は法令順守に関する研修に参加はしていませんが、職員会議の場で業務や支援に関連する法案について注意を喚起しています。特に人権侵害や個人情報の取り扱い、虐待の防止、利用者等への説明責任等、重要なことに関して、印刷物を使用して職員に伝えています。	

(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。	b
<コメント> 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、自ら外部の「認定NPO法人地域精神保健福祉機構（COMHBO:コンボ）」が実施する精神障害者自立支援の各種研修会に参加し、専門知識の研鑽に励んでいます。職員に対しては、自ら学んだ内容を職員会議内で勉強会として実施し、知識・技能の共有に努めています。また、当事者向け雑誌「こころの元気」も継続購読し、毎月閲覧できるよう事業所入口付近に備えています。管理者は非常勤職員の育成については、支援に必要な研修の実施が不足し、課題と考えています。	
【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> 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、事業所の活動内容を分析しています。特に理念や基本方針の実現に向けて、利用者の希望に配慮した仕事の進め方や、治具の活用による品質の安定化・効率アップに指導力を発揮し取り組んでいます。職員には働きやすい環境整備の一環として、残業0を継続しています。今後の課題として、利用者の拡大に向けて他事業所との連携強化に取り組み、現在の利用者の出勤率向上に向けては、利用者一人ひとりのニーズ・要望に応じて課題に寄り添い、楽しめる作業の導入が課題と考えています。	

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。	b
<コメント> 常勤職員については、法人では目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それに基づいた取組が実施されています。非常勤職員は事業所において、働きやすい環境や勤務体系を整備して採用し充足していますが、専門的支援サービスの知識や技能の習得が課題となっています。常勤職員にはメンター・メンティー制度の実施により、気楽に先輩社員に相談できる仕組みがあり、新人職員の孤独化・孤立化を防ぎ、職員の定着化に努めています。	
【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> 法人の理念や基本方針に基づき「職員倫理行動綱領と行動マニュアル」に利用者支援の根幹が明記されています。人事基準は法人の就業規則で明確に示されていますが、「サービス管理責任者や指導員、生活支援者等の昇進・昇格基準」について、はっきりとは明示されていません。職員個々の職務遂行に係る能力や成果等については「あしたのクラウド」で目標設定し、年2回中間と期末に達成状況を上司と確認していますが、人事プロパーの定期的な面談も期待されます。法人は多岐にわたる福祉事業を展開しているので、異動の希望を提出できる環境になっています。	
(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組んでいる。	b
<コメント> 職員の就業状況や意向を定期的に把握するしくみはありますが、改善する仕組みの構築はまだ十分ではありません。法人では残業時間削減のための業務システム改善や、効率化に向けての取組が実施されています。事業所では残業0を継続しています。有給休暇の取得については、管理者は職員の取得状況をチェックしています。法人としても推奨し、年間最低5日は取るように指導し、職員は5日の取得は出ていますが、それ以上の取得が来ていません。	
(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> 法人は「職員倫理行動綱領・行動マニュアル」で期待する職員像を明確に示し、「職員ハンドブック」や各種マニュアル等で、いつでも学習できる仕組みを用意しています。併せて、職員の育成を実現するツールとして「あしたのクラウド」をスタートし、目標管理を推進しています。職員自身で、年度当初に自らの業務や資質向上への取組目標を設定し、半年後と年度末に達成度の自己評価を実施します。所属長は中間面接・最終面接を行い、達成度の確認を行っています。管理者は職員一人ひとりに対する目配りの時間不足が課題と考えています。	

【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＞
「期待する職員像」は「職員倫理行動綱領」等で明示し、専門資格や職種等も全職員に配布している「職員ハンドブック」に記載しています。法人全体では経験年数に応じた階層別研修（1年目・2年目・3～5年目）を実施し、併せて「苦情受付研修」や「専門分野別研修」も実施しています。事業所では、非常勤職員の参加者が少ないことや、研修内容や実施方法の多様化（読書によるレポート提出や、より専門性の高い分野別研修等）ニーズがあり、業務に直結した、必要性の高い研修の実施を課題としています。

【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＞
現在コロナ禍のため、研修はオンラインで実施しています。研修情報は、管理者から各職員に伝えています。人権や虐待防止、情報管理等は必須で、全体研修が実施されているほか、採用年数や役職による階層別研修、職種によるテーマ別研修等が実施されています。事業所では、非常勤職員の専門職としての知識・技能の習得に向けた研修参加を課題としています。OJTは入社直後は実施されますが、日々の業務の中で習熟度に配慮して継続して実施することは難しい状況です。

（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。	b

＜コメント＞
法人では実習生の受け入れについて体制を整備し、福祉サービスに関わる専門職の研修・育成への基本姿勢を明文化しています。事業所ではヘルパー研修実習生の受け入れを行っており、今年も12月に3名程度受け入れる予定です。実習生は「公益社団法人神奈川福祉サービス振興会・神奈川県精神障害者ホームヘルパー研修運営事務局」が窓口になっています。事業所では現在、マニュアルの整備や研修指導者に対する研修が実施できておらず課題としています。

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。	a

＜コメント＞
法人のホームページには、理念や基本方針、ビジョン、提供する福祉サービスの内容、更に事業計画・事業報告・予算・決算情報が適切に公開されています。また、地域の福祉向上のための取組の実施状況、苦情・相談の体制や内容についても公表しています。事業所では、事業所の理念や概要、作業内容や1日のスケジュール等を記載したパンフレットを作成し、「大和市地域活動支援センター ポピー」や「大和市障害者自立支援センター」等に配布しています。

【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＞
法人では運営規定により、事業所における事務・経理・取引等に関するルールが定められ、職務分掌規程で権限・責任が明確に示され、職員に周知されています。法人総務部の職員により、行政（神奈川県）による監査の前に事業所運営に関わる事務・経理監査が実施されています。また事業所の経理については、年1回内部監査が行われ、別途外部監査も定期的にも実施されています。

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＞
法人は基本方針で、「地域との共生」を掲げています。事業所では事業計画書で、法人の方針を具体化して①自主製品（田楽味噌）の製造・販売を通して、地域のお祭りやフリーマーケットへの参加、事業所での販売等販売機会を増やし、利用者の「社会参加」を増やします。②地域の清掃活動や行事に積極的に参加して親睦を図って行きます。③地域連携支援を目的として、精神保健に関する会議や行事に参加して地域連携を深めます、等の方針を掲げています。今年度はコロナ禍で、諸行事が中止となっていますが、地域連携に取り組む姿勢は変わりません。

【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
<コメント> ボランティア等の受け入れに関する基本姿勢を明示していません。ボランティア等の基本姿勢を明確にして、その体制の検討が望まれます。	
(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
<コメント> 利用者により良い福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体との連携が適切に行われています。定期的に行われる「大和市精神保健協議会」や「福祉事業所連絡会」に参加して、状況や課題を共有化しています。大和市精神保健協議会には「大和市障害者自立支援センター」や「大和市地域活動支援センター ポピー」を始めとして、「就労継続支援施設」、「家族会（精神障害者を持つ親の会）」、「当事者会」等が参加し、定期的な連絡会を行っています。管理者は積極的に参加し、交流を図っています。	
(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
<コメント> 市内の福祉サービス提供事業所の連絡会議が定期的開催され、それぞれの事業所の状況について情報交換したり、課題等の共有をしています。所長は、「引きこもり家族・こもりびと」のニーズに対しての協議で、オープンダイアログ（Open Dialogue：開かれた対話・患者の自宅を訪問し症状が治るまで毎日対話する治療法）の手法を用いた支援方法を提唱し、会として支援に活用することを推進しています。現在は、全事業所が毎回の参加が出来ていない状況にあり、課題と感じています。	
【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> 事業所は、町内会に加入しています。現在はコロナ禍で実施出来ていませんが、地域での清掃活動に参加していました。役員と挨拶を交わし、地域での困りごとや、ひきこもりの状況等の聞き取りを行っています。事業計画では事業所を地域に開放し、周辺住民・地域と共生する礎を築いていく計画を立てています。まだ具体的な取組は実施出来ていませんが、事業所として災害用の食料や水等の備蓄をしています。今後災害対策等で地域に貢献できないか、協議していくことが必要と考えています。	

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> 理念や基本方針には、利用者尊重の姿勢が明記され、職員が理解し実践するための「職員倫理行動綱領」や「行動マニュアル」があります。事業所では、毎月の職員会議で「人権・虐待防止」や「苦情対応」、「危機管理」等について振り返り、理解を深めています。支援にあたっては利用者本人の自己決定を大切に、標準的な作業手順を分かりやすく伝え支援しています。法人では研修制度の充実と合わせて、年1回の実践報告会での各事業所の福祉サービス具体的取組事例発表を通して交流を図り、職員の技能向上に取り組んでいます。	

【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、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備されています。職員へは職員会議等で定期的にプライバシー保護について周知し、注意を促しています。精神障害の介護支援については、シリーズでその歴史から伝え、共通認識を深めています。利用者の写真については取り扱いに注意し、事業所内の掲示や、印刷物には一切掲出していません。写真を出す場合は都度同意書を取っています。一人ひとり鍵付きのロッカーが用意されています。
(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＞ 事業所のパンフレットには、提供している作業や活動内容と共に、法人の理念や基本方針が紹介されています。パンフレットは「大和地域活動支援センター ポピー」や「大和市障害者自立支援センター」等に置かれており、利用希望者に配布をお願いしています。施設見学希望者には個別に見学を実施し、丁寧な説明をしています。より高度な作業により工賃のアップを希望する利用者には、コロナ禍の現在、オンライン見学会を実施して、他事業所の紹介を行う等の支援をしています。
【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＞ 事業所はサービスの開始や変更時に、福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたって、利用者の自己決定を尊重しています。説明は利用者が分かりやすいように、個別支援計画書等は漢字にルビをふった資料を使うなど、工夫して説明しています。所長は今後、文字のないエコマップ【ecomap：生態地図・要介護者を中心として、その周辺にある社会資源（家族・兄弟姉妹・友人・近隣住民・医師・各種介護関連機関など）との相関関係をネットワークとして表現した地図】を活用した利用者への説明も検討しています。
【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。 a
＜コメント＞ 事業所の変更や移行等にあたっては、利用者本人に確認をとった上で、本人に係わる情報を移行先の事業所に引き継いでいます。引き継ぎ時の書面は、移行先の要請にもとづいて実施するため、事業所としての特定の様式は定めていません。利用者の移行に際しては、家族、市障害福祉課、グループホーム、地域包括支援センター、市生活援護課等と連携を取りながら包括的な支援体制を整えています。
(3) 利用者満足の向上に努めている。 【33】 Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の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＞ 利用者に対する満足度調査は行っていないが、第三者評価受審の際のアンケート等で内容を確認しています。事業所では利用者・家族からの声を聞くため「ご意見箱」を設置し、また、年3回、定期的に利用者会議を開催して、意見や要望を聞くよう努めています。個別支援計画作成に関しては個別面談を実施していますが、その際も利用者・家族から満足度を把握するよう努めています。以前、工賃アップの要望が出されましたが、新たな作業を取り入れ、利用者の工賃のアップ、更に1ヶ月の収入アップに繋げた事例があります。
(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。 a
＜コメント＞ 法人では苦情解決の体制が整備され、職員に周知されると共に、利用者や家族が苦情を出しやすい工夫をしています。事業所においては苦情受付担当者や、苦情解決責任者、外部の第三者委員の氏名連絡先が重要事項説明書で明示され、併せて事業所玄関に常時体制表が掲示され、告知されています。「みんなの声ボックス」も玄関先に設置し、いつでも受付をしています。現在利用は少ない状況です。苦情内容の公表は苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表されています。

【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。	b
＜コメント＞ 利用者が意見を述べたい時は、事業所でいつでも職員が対応しています。受付担当者としては管理者が任命されていることも周知しています。また、直接言いにくい内容の意見は第三者委員が聞き取りする旨を周知し、第三者委員の氏名・連絡先を玄関脇に掲示して紹介しています。相談は事業所の中で、都度利用者の希望に応じて聞いています。聞く場所は事務所の中が多いです。利用者が相談する時の複数の方法や相手を自由に選べることを説明した文書は作成していません。	
【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＞ 利用者からの相談や家族からの要望等があった時は、夕礼や業務日誌で職員は情報を共有し、翌日の朝礼等で話し合い、早めに改善案を出して回答する様に心がけています。事業所では、苦情やクレームに対するマニュアル等は整備されていますが、相談や要望に対するマニュアルは特にありません。利用者の意見や要望、提案等は丁寧に聞き取りをして、迅速に対応しています。	
(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。	b
＜コメント＞ 法人ではリスクマネジメントに対する体制が構築され、事故発生時の対応と安全確保についてマニュアルを整備しています。職員へは研修を通じて周知しています。事故発生時の分析や再発防止策の実施等、法人内で起きた事故等については収集・分析し、各事業所に資料として配布しています。 職員は研修に加え「職員ハンドブック」や職員会議等で安全確保と管理手順を学んでいます。事業所では、ヒヤリハットの事例は少ないのですが、今後定期的な再発防止策の検討・見直しや管理手順の確認が期待されます。	
【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＞ 感染症やコロナ対策の予防策が講じられ、発生時等、緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っています。法人本部では危機管理委員会と法人内のさくらクリニックが連携して対応しています。感染症の予防と発生時の対応マニュアル等が作成され、職員に周知されています。事業所では従来から実施してきた感染症対策に加え、新型コロナウイルス対策として、検温・消毒・手洗い・清掃・除菌等に取り組んでいます。1日の作業終了後、職員は次亜塩素酸ナトリウムを噴霧して消毒し、作業所はきれいに整頓された状態を維持しています。	
【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
＜コメント＞ 地震に対して年4回、利用者の安全確保の防災訓練を実施しています。利用者はヘルメットを着用して、屋外退避の訓練を実施していますが、建物が平屋建ての為、スピーディーな退避が来ています。利用者及び職員の安否確認は法人の安否確認システムで実施しています。今後は、火災発生を想定した避難や消火訓練の実施が期待されます。消防署との連携は十分ではありません。食料や飲料水等は3日分備蓄され、リストで管理されています。	

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福祉サービスが提供されている。	a
＜コメント＞ 「倫理行動綱領」には利用者の人格の尊重、権利擁護、プライバシーの保護等の基本理念や基本的支援姿勢等について明記しています。「倫理行動マニュアル」には、「倫理行動綱領」を基に利用者の支援について人権の尊重を基盤として具体的に明示しています。法人の新人研修で職員へ配布し説明しています。その他緊急時対応マニュアルや虐待防止マニュアル等、各種マニュアルで標準的实施方法を文書化しています。	

【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> 法人の苦情解決制度運用委員会、人権委員会、安全運転委員会等で、定期的に会議を持ち、マニュアルの見直しを行っています。マニュアル類の見直しの時期が文書で定められていないものもありますが、必要時見直しを行っています。個別支援計画図の内容により、手順書等を作成し、職員や利用者が共有しています。利用者の意見を取り入れて、休憩時間の変更や工賃の仕組み等の見直しを実施しました。		
(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支援計画を適切に策定している。		a
<コメント> 個別支援計画はサービス管理責任者である管理者が作成しています。個別支援計画を作成する際はアセスメントシートで利用者の身体状況や生活状況を把握し、ニーズを抽出しています。個別支援計画の原案を基に個別支援会議で職員からの意見を聞き、個別面談で本人の意向を聞いて作成しています。個別支援計画には日常生活、対人関係、行動・態度のアセスメントが記載され、就労支援と生活支援の具体的な支援内容が分かりやすく記載されています。		
【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
<コメント> 個別支援計画のモニタリングは年2回モニタリング票で達成度を評価しています。「援助履歴一覧」の内容もモニタリングの参考にしています。年1回の見直しや変更は個別支援会議を経て、担当者の意見を聞いて行っています。利用者には個別面談で意向を確認しています。個別支援計画は個別ファイルに入れ、職員が常に確認出来るように事務所で保管しています。		
(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。		a
<コメント> 毎日、担当職員が「日別記録」をパソコンに入力しています。利用者名、利用者の様子、作業内容、連絡事項、電話や訪問等について記録しています。毎日プリントアウトし、朝のミーティングで前日の出来事や利用者の様子を報告しています。個別支援計画についての面談記録は援助履歴一覧で確認できます。毎朝のミーティングや月1回の職員会議で必要な情報を共有しています。		
【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」に個人情報の収集、利用及び提供、個人データの保存・廃棄、開示等に関する規定が定められています。個人データ漏洩防止等、個人情報管理規定も定めています。常勤職員はパスワードでパソコンの情報管理を行っています。役職によるアクセス制限があり、情報漏洩の防止に努めています。USBは使用・持ち出し禁止になっています。利用者・家族には利用契約時に「個人情報の提供に関する同意書」で説明し同意を得ています。		