

第三者評価結果

事業所名：なかワークトレーニングハウス

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> 法人の理念や基本方針は法人のホームページやパンフレットに明記されています。新入職員には法人が実施する新人研修時に資料等を用いて半日から1日かけて説明しています。パート職員に対しては入職時に施設長から周知されています。利用者や家族に対しては利用開始時にパンフレット等にて説明をしています。利用者や職員に対し理念や基本方針の周知は図っていますが、周知状況の確認は不十分と感じており、今後確認方法の構築が期待されます。</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> 社会福祉事業全体の動向については2ヶ月に1度開催される法人内の事業部会(高齢・障害)での情報交換や、法人から配信されるメールの他、地域で開催される横浜障害事業部会、情報サービスかながわからの情報等で把握に努めています。利用者の推移、利用率については毎月、月次報告を法人に送り、内容を分析しています。開所3年目とまだ日が浅いため地域の福祉計画の策定動向や福祉サービスのニーズ、潜在的利用者等の把握はしきれていません。今後、地域の特徴や変化を踏まえた運営に向け、情報収集・分析が期待されます。</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。 | b |
| <p><コメント> 管理者は法人の事業部会や地域の横浜障害事業部会等への参加で得た情報や年末に出される法人の事業計画を基に、経営環境や組織体制、職員体制、人材育成、財務状況を分析し、課題や問題点を抽出しています。一方、分析した内容の詳細は職員に周知できておらず、事業継続の必要性や喫緊の課題等最小限の内容となっています。今後、課題や問題点を職員に周知し、施設全体での経営課題の解決・改善に向けた取組が期待されます。</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><コメント> 法人の中・長期計画が明確でないため施設内で周知・共有されておらず、ホームページ等での公表もされていません。今後、法人理念や基本方針の実現に向けて、組織体制や設備の整備、職員体制や人材育成等を分析し、経営課題や問題点の明確化、また、それらの解決・改善に向けた中・長期の事業計画、収支計画の策定と、評価の仕組み作りが望まれます。</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 |
| <p><コメント> 法人の中・長期計画は明確にされておらず、施設内でも共有できていませんが、施設の単年度の事業計画は、前年度の事業計画の実施状況や利用者数の推移等を基に策定されています。内容は事業内容や利用者推移の分析等から「利用者の処遇」「地域への貢献」「職員育成」「研修計画」等となっています。今後は中・長期計画を踏まえての事業計画を策定し、さらに数値目標を設定するなど評価可能な内容となることを期待されます。</p> | |

| | |
|---|---|
| (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> 事業計画は施設の自己評価、職員の自己評価や日々集められる職員の意見を基に施設長が策定しています。事業計画策定において職員の意見は反映されていますが、職員が定期的話し合う機会は設定されていません。半期毎の施設長と理事長との面談で評価や見直しについて話し合われますが、職員を含めての評価・見直しの機会はあまりありません。今後、職員全員が事業計画策定に参加・評価が行われることが期待されます。 | |
| 【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> 事業計画は、年度始めの利用者会(毎月開催)や保護者会(隔月開催)において資料を用いて説明をする他、施設食堂内に掲示し、誰でも確認できる形としています。法人ホームページ内の施設紹介の中に事業計画の掲載はなく、事業のコンセプトや活動内容等の掲載にとどまっています。今後、ホームページ等の活用により利用者・家族にとどまらず利用希望者等への幅広い周知が望まれます。 | |

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。 | a | |
| <コメント> 法人の「目標支援制度」に則り、年度始めに施設長との面談を通して、職員は事業計画に沿った業務や知識・技術の向上などについて年間目標をたて、中間期・期末期にも面談を行い、中間考査や評価を実施しています。「目標支援制度」は常勤・非常勤ともに実施し、サービスの質の向上を図っています。事業所としての課題を把握して、自己評価や目標支援制度の改善を目指しています。 | | |
| 【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。 | c | |
| <コメント> 法人の「目標支援制度」により職員個人の知識・技術の向上を図り、その評価は定期的実施していますが、事業所としての評価・分析の方法が確立されておらず、改善策や改善実施計画は主に法人と施設長が検討する形となっています。今後、職員参加による事業としての自己評価の実施・分析により課題を明確化にし、改善へ向けての取組が期待されます。 | | |

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> 施設長は年度初めの運営調整会議において、その年度の具体的な目標や取組について職員に周知しています。管理者としての職務や責任は、法人策定のサービス規程・就業規則等に記載されています。事業所の職務分掌は開設年度に一度作成していますが、内容が不十分だったため令和5年度の完成を目指し、作成中となっています。有事の際の施設長の役割と責任、施設長不在時の権限委任等については災害、救急等マニュアルに明記し、研修等で職員に周知しています。今後、施設長としての役割、責任などを組織内の媒体を通して表明することが期待されます。 | | |
| 【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> 施設長は法人規程の行動指針・サービス規程や経理規定等の理解に努める他、法人内の研修や行政の主催する研修にも参加し、障害者福祉のみならず関連法令についても情報を得ています。法人内の他施設との情報共有も日常的に行っており、得た情報は運営調整会議や施設内に掲示し、職員にも周知しています。虐待防止については職員全員に外部研修の受講を勧め、報告書の提出により理解度を確認しています。環境配慮等幅広い分野についても更なる取組を検討しています。 | | |

(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。

a

<コメント>

施設長は朝礼・夕礼や日々の活動への参加を通じ、サービスの現状や質、環境等を把握し、職員の意見も確認することで課題の把握に努めています。障害者福祉未経験の職員が多いため、経験のある施設長は積極的に職員の指導にもあたっています。外部で実施された苦情解決研修に職員の参加を勧める等、組織内の体制を整備中です。職員の意見が積極的に出されるように、施設全体での課題の抽出や課題解決に向けた施策の検討を行っています。

【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。

a

<コメント>

施設長は法人の服務規程・就業規則・給与規程等を理解し、毎月職員の勤務状況について法人のシステムでデータを共有しています。施設長は法人で開催される経営会議において経営状況の報告やコストバランスを含めた財務や労務等についても分析を実施しています。職員配置については施設長が各職員の技術や知識、経験等を踏まえ適正を見極めて職員配置や役割分担を行っています。職場環境のレイアウト等については職員のみならず利用者の意見も踏まえ、活動しやすい環境となるよう随時変更しています。

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。

b

<コメント>

人材の確保については法人で行う他、必要に応じて各施設でも実施しています。開所より3年目までの間、利用者の推移や事業の状況を鑑み、その都度職員や非常勤職員の雇用を行い、現在は定着していますが、今後の事業の発展や更なるサービスの質の向上を目指した人員確保等の計画には不足を感じています。事業計画を踏まえ、法人との人員確保・育成計画の確立や取組が期待されます。

【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>

法人の基本理念である「福祉の追求」を基に「期待する職員像」を人事制度マニュアルに示しています。人事考課制度等により法人の基本理念の達成を目指した職員の専門性や職務の成果、貢献度等を評価し、人事管理を実施しています。マネジメント層やスタッフ層毎のキャリアパス、目標支援制度の導入等により、職員の意向や目標に対しての評価・分析を行い、職員一人ひとりが自らの将来の姿を描くことができる総合的な仕組みとなっています。

(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組んでいる。

a

<コメント>

職員の出退勤や休暇取得等の労務管理の責任者は施設長となっています。就労状況はICカードで管理し、毎月施設長が法人にデータを送り情報の共有をしています。毎年健康診断とストレスチェックを実施しており、結果の思わしくない職員に対しては相談機関への紹介を行って改善を図る等の努力をしています。インフルエンザの予防接種やコロナワクチンの接種も実施しています。就業状況の意向については、日々の目標設定や中間・期末に行う施設長との面談、日々の会話等で把握し、希望に添う形となるよう配慮しています。作業室のレイアウトについては利用者・職員の意見を取り入れて、働きやすい環境となるよう随時変更しています。

(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>

事業計画では職員育成について明記しており、法人のキャリアパスや人事考課制度の中で「期待する職員像」を明確にしています。目標管理制度による職員個人の資格取得や業務についての目標設定、年度始め・中間期・期末に実施する施設長との面談による評価等を通し、自己覚知や自己理解を深めるような取組、育成を図っています。また、法人内研修や外部研修の情報の提供や、職員が希望する研修を受けられる体制を整備しています。

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

<コメント>
事業計画の中に年10回の研修が定められ「権利擁護」や「感染症」等幅広い知識を身につけられるようにしています。新入職員に対しては「新任職員研修」「新任職員フォローアップ研修」を通じて、法人の理念や基本方針の理解や福祉職として身につけるべき内容を伝えています。また、横浜市社会福祉協議会や中区福祉保健センター等が主催する研修への参加も勧め、幅広い知識の取得を図っています。研修計画の評価や見直しは法人が行っており、施設としての意見が反映されづらいため、職員全体の意見が反映される仕組みとなることが期待されます。

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

<コメント>
職員の知識や技術水準、専門資格の取得状況等については入職時や状況が変化した場合に施設長が確認・把握し文書で管理しています。新入職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮したOJTは施設長が中心となって実施しています。外部研修の情報収集や職員への周知も行い、階層別研修やテーマ別研修等への参加も積極的に勧めています。職員の研修参加についてはシフトの配慮や他職員間での協力により、業務に支障のない体制を整備しています。

(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。

| | |
|--|---|
| <p>II-2-(4)-① 【20】 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。</p> | c |
|--|---|

<コメント>
施設長は精神保健福祉士実習指導者研修を受講していますが、これまで実習生の受け入れ実績はありません。今後は管理者が社会福祉士実習指導者研修の受講を計画する他、社会福祉士・精神保健福祉士資格を取得している職員の実習指導者研修の受講やマニュアルの整備等を進め、実習生受け入れの体制を整えていく予定としています。

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。

| | |
|---|---|
| <p>II-3-(1)-① 【21】 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。</p> | b |
|---|---|

<コメント>
法人ホームページに理念や基本方針、施設の事業内容は掲載されていますが、事業計画、事業報告、予算・決算情報等についての公開はされていません。苦情解決の仕組みについては、利用者・家族に対し利用開始時に重要事項説明書を用いて説明する他、施設内に苦情解決の仕組みについてのポスターを掲示しています。第三者委員も設置して氏名等を書面で伝えていますが、連絡先は法人となっています。利用者が必要時に第三者委員に連絡がとれるよう配慮が望まれます。今年度初めての第三者評価受審となりますが内容については公表する予定です。

| | |
|---|---|
| <p>II-3-(1)-② 【22】 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。</p> | a |
|---|---|

<コメント>
事務・経理・取引等についてのルールや権限・責任者等は法人の「経理規定」「服務規程」等に記載され、職員会議等で職員に周知されています。規定は職員がいつでも確認できるよう文書で管理されています。年に1度法人の内部監査を実施する他、外部の監査法人による監査も実施し、その際に経営改善等に向けた指導も受けています。職務分掌等の見直しも行っています。

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。

| | |
|---|---|
| <p>II-4-(1)-① 【23】 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。</p> | a |
|---|---|

<コメント>
地域との関わりについて事業計画に明記しており、個別支援学校等、就労支援機関、企業や地域からの見学に対応することで、地域において開かれた施設であることをアピールしています。通常の業務作業とは別に、中土木事務所より近隣の公園や歩道の清掃作業を受託し、地域での活動を行っています。また、同法人運営の地域ケアプラザでのバザーで自主製品の販売等も始めています。「よこはまシニアボランティア事業」に登録し、作業の準備等にボランティアを受け入れています。

| | |
|---|---|
| <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。</p> | c |
|---|---|

<コメント>

地域の特別支援学校や相談支援事業所等の見学は積極的に実施しており、事業計画にも明記していますが、受け入れに対しての基本姿勢は明文化されていません。また、「よこはまシニアボランティア事業」にも登録し、ボランティアの受け入れを実施していますが、受け入れについてのマニュアル等が整備されていません。今後、学校見学、専門学校等の実習、ボランティアの受け入れについて明文化し、職員での共有が期待されます。

(2) 関係機関との連携が確保されている。

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

<コメント>

地域の相談支援事業所や行政機関等とは常に連携をとっています。施設長がこれまで他の施設勤務において構築したネットワーク等がありますが、リストや資料の作成には至っていません。法人内での会議や「横浜障害事業部会」等において新たな社会資源の情報を集めています。また、地域の関連機関・団体と連携を取り始めており、まだ定期的な会議までには至っていないものの、今後のネットワーク構築に積極的に取り組んでいます。

(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> | c |
|---|---|

<コメント>

計画相談事業所や行政から利用の相談等は受けていますが、コロナ禍での開所だったこともあり、地域とのつながりは希薄となっています。ただし、法人内の地域ケアプラザのバザー等にも参加を始めており、施設の事業内容等を伝えるとともに地域の福祉ニーズや生活課題を把握していく努力もしています。関係機関・団体との連携や地域の会合等への参加も視野に入れ、方向を検討中です。

| | |
|--|---|
| <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。</p> | c |
|--|---|

<コメント>

通常実施している作業とは別に地域の道路や公園等の清掃作業を受託しています。コロナ禍での開所だったこともあり、地域のニーズ等を収集する段階までにはなっておらず、今後関係機関や地域住民との交流や会合の場を増やしていく計画です。施設では防災計画による避難訓練等の実施をしていますが、地域を含めての訓練はできていません。今後は地域との協力体制も含めて連携を図っていく予定です。

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

| | |
|--------------------------------|---------|
| <p>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p> | 第三者評価結果 |
|--------------------------------|---------|

| | |
|--|---|
| <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>

戦後の混乱期から始まった法人の取組、理念は、現在も受け継がれています。「人」と「福祉の心」を大切にしている法人であり続ける理念から、利用者を尊重する基本姿勢は基本中の基本です。入職時の新人研修はもとより、所内研修、外部研修、朝・夕の職員ミーティング、日常的なOJTを活用して取り組んでいます。特に、他業種から転職した職員にとって、福祉用語は耳慣れない言葉が多いため、「尊重」「基本的人権」「自己決定」等は具体的な業務の中で理解できるよう、事例を挙げて充分説明しています。

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

<コメント>

事業所では利用者の個人情報の保護に万全の体制をとっており、個人情報保護方針「なかワークトレーニングハウスにおける個人情報の取り扱いについて」を策定しています。施設長を責任者とし、適切な管理に取り組んでいます。必要時には利用者の援助を同性職員が行うなど配慮をしています。更衣室には個人管理の鍵付きのロッカーを貸与し、入口はカーテンを設置して外から見えないように配慮しています。工賃支給の際は、利用者を一人ずつ別室に呼び、他者から見えない環境で金額の確認をしています。

(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>

利用希望者にホームページや事業所のパンフレットで必要な情報を提供しています。パンフレットは特別支援学校や相談支援事業所等に置いています。パンフレットの文章には全てふりがなを付けて分かりやすくしています。見学希望者は原則的にすべて受け入れ、事業所の基本姿勢や作業の様子、設備について丁寧に説明をしています。体験希望者には、日数を柔軟に対応できることを伝えて希望を聞いています。利用希望者には、その方が有意義に施設を利用することができるかを考慮し、希望作業種によっては他施設も紹介しながら説明をしています。

【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>

サービスの開始・変更時は、保護者や協力機関の協力を得ながら、利用者の自己決定を尊重しています。利用開始前に「重要事項説明書」等の説明を丁寧に行い、同意を得ています。利用者への説明は、緊張感を和らげながら閉じた質問、開いた質問を組み合わせ、負担にならず誘導にならないように工夫しています。書面にはすべてルビを振り、分かりやすい文章、見やすい構成を心掛けています。説明中の利用者の様子から、修正が必要だと感じたら、直ぐに修正をしています。

【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。

b

<コメント>

関係機関と連携し、常に利用者の最大の利益を第一に考えています。カンファレンスには必ず参加して、必要な情報の引継ぎや情報収集に努めています。福祉サービスの継続性を配慮し、当事業所のサービス終了者には今後も相談できることを口頭で伝えていますが、書面にはしていません。地域の福祉サービス利用終了者からの問い合わせ・相談を受けています。継続性に配慮した引継ぎマニュアルや所定の様式は現在ありません。今後は移行時の引き継ぎに関するマニュアル作成が期待されます。

(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>

利用者満足に関する調査は定期的に行なわれてはいませんが、工賃支給日に個別で相談面接や聴取を行い、作業室に「聞きたいな」BOXを設置しています。職員等は利用者満足を把握する目的で、利用者会や情報交換会等に出席しています。いつでも事務所のドアは開けてあり、帰る時も必ず顔を合わせ、利用者が意見を話しやすい環境づくりに努めています。利用者から意見があれば速やかに検討し、具体的な改善を図っています。今後定期的に利用者満足度を確認する機会や方法の取組が望まれます。

(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。

b

<コメント>

利用者・家族に対しては利用開始にあたり「重要事項説明書」を用いて苦情相談窓口担当者、苦情解決責任者、第三者委員の設置と苦情解決に対する仕組みを説明しています。施設内の掲示板にポスターを掲示し、発言が苦手な利用者を考慮して、「聞きたいな」BOXを設置する等、日常的に意見を言いやすい環境を作っています。毎月行われる利用者会では「皆からの意見」の時間を作り、様々な提案や質問、確認等が行われています。情報交換会でも保護者からの意見を聞く時間を設けています。これまで苦情の申し出がないことから、さらに仕組みを周知する必要があると考えています。

【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。

a

<コメント>

利用開始時に「利用のしおり」を渡し、社会人としてのマナーについて説明しています。また、朝礼、夕礼、昼食時に使用する食堂の壁面にも約束事を書いたポスターを掲示しています。利用者には日頃から「相談したいことがあれば、いつでもどの職員にでも声を掛けてください。うまく話せなくても大丈夫！あの…と声をかけてくれればOKです」と伝えていきます。利用者から声が掛かった際には相談したい職員を聞いて対応しています。

| | |
|---|---|
| 【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。 | b |
|---|---|

<コメント>

職員は、利用者からの相談や意見には誠意をもって耳を傾け、正論や一般論をその場で伝えることを禁忌としています。対応した職員は速やかに管理者に伝え、その後の対応はその都度検討する仕組みとなっています。「聞きたいな」BOXを設置し、苦情や意見、相談など何でも書いて入れることができるようにしており、管理者が定期的を開錠して確認しています。今後は、相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアルの整備が期待されます。

(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>

日常作業に潜む怪我等の事故防止に対しては、企業勤務を経験した職員が多く、それを活かして作業の見直しを行っています。安全メガネの使用、重量物を持つ時の体勢の手順書等を掲示しています。「職場の2S（整理・整頓）」「一に清掃」を実践し、基本動作の重要性を繰り返し確認することで事故防止に努めています。リスクマネジメントに関する責任者は施設長で、今年度は外部のリスクマネジメント研修に職員1名が参加しています。ヒヤリハット・事故報告の収集等、報告に基づく要因分析と改善策・再発防止等の実施が期待されます。

| | |
|--|---|
| 【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>

今年度より月1回、法人内の感染症対策委員会に参加しています。新型コロナウイルスに関しては、昨年度に引き続き、感染予防対策や新情報共有を鶴見ワークトレーニングハウスと速やかに連携して行い、職員間でも共有しています。情報は利用者や家族も共有し、感染予防に努めながら活動を進めています。委員会で嘔吐物処理研修を企画し、事業所内の職員研修を実施し、マニュアルを整備しています。

| | |
|--|---|
| 【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。 | a |
|--|---|

<コメント>

年2回、職能センターと合同で防災訓練を行っています。地震発生時の行動確認と避難場所の確認を行いました。職員の安否確認はクラウドサービスを利用してスマートフォンで行えるようにし、半年に1度送受信の確認をしています。有事の際の備蓄リストは2ヶ所に掲示しているほか、保護者にも渡しています。食品、飲料水で賞味期限が切れるものは随時買い換えています。災害時の対応は外部コンサルタント会社に委託してBCPマニュアルを作成し、職員研修を行っています。

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>

サービス提供や作業マニュアルの作成については法人の倫理行動マニュアルに則って行われています。作業マニュアルは写真や図等を用い職員も説明しやすく利用者にも分かりやすい形としています。作業は個別の障害特性に配慮し、適切な作業に自信をもって携われる配慮をしています。障害やアレルギー疾患等の情報は個別のファイルに記載し、職員全員が共有できる形としています。障害特性の理解や対応については法人内研修、外部研修や施設内のOJT等によりスキルアップを目指しています。

| | |
|---|---|
| 【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。 | b |
|---|---|

<コメント>

作業プログラムやマニュアルについては、日々の作業の中で職員や利用者の意見、要望を確認し、随時見直しを行っています。情報の共有は朝夕のミーティングや運営調整会議で行い、個別支援計画の内容の反映等についても検討しています。個別支援計画は半年毎に作成していますが、標準的な実施方法の検証や見直しは定期的には実施されていません。今後標準的な実施方法の検証・見直しを定期的に行い、職員・利用者の意見や提案が反映される仕組み作りが期待されます。

(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。

b

<コメント>

法人規定のアセスメントシートを用いアセスメントを行っています。個別支援計画は利用開始前の面談や半年ごとの作成時期に、サービス管理責任者(施設長)が中心となり作業室職員等が参加して作成しています。その際、利用者の要望等を意向を確認し、個別支援計画に反映しています。個別支援計画作成にあたり利用者や家族からの意見は確認していますが、関係職員(外部の関係者含む)からの意見の確認や手順について明確には定められていません。今後個別支援計画作成についての手順や意向の把握、関係職種との連携の方法等の仕組みの構築が望まれます。

【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。

b

<コメント>

サービス管理責任者を中心に半年ごとの個別支援計画が作成され、必要があればその都度利用者・家族、職員に確認し、内容の変更がされていますが、緊急に変更する場合や関係職員への周知の仕組みの整備はされていません。今後個別支援計画の見直しや利用者・家族の意向の確認、変更の手順や周知方法等、組織的な仕組みの構築が望まれます。

(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>

利用者の身体状況・生活状況や障害特性については利用開始時や状態変更時に個別ファイルに記載し朝夕のミーティングや運営調整会議等で職員に周知しています。日々のサービス提供については業務日誌や作業日誌に記載し、確認できる仕組みとなっています。記録内容や書き方については職員毎の差異が生じないように施設長が日々確認し、必要時に指導する他「記録の書き方」研修の受講を勧め、内容を運営調整会議で周知しています。書面での記録やパソコンシステムでの情報共有はしていますが、全職員が確認できているか、内容の理解度の確認はできていないため、今後全職員の確認・理解度を把握できる体制構築が期待されます。

【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>

個人情報の保管・保存・廃棄・情報の提供については法人の「個人情報取扱指針」「特定個人情報等取扱規定」に定められ、事務所に「個人情報取扱指針」を掲示しています。事業所においては施設長を責任者とし、個人ファイルや文書は鍵付きの書庫に保管され、鍵の管理は施設長が行っています。利用者等個人名の入った一時的な文書やメモ等はシュレッダーにて破棄しています。権利擁護や個人情報保護等についての研修の受講も実施し職員の理解を深めています。