

### 第三者評価結果

事業所名：クレイヨンピピー

#### 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2つの理念「ソーシャルインクルージョン(共生社会)」と「先駆的で開拓的な事業」を福祉事業の拠りどころとし、11の基本方針、3つの使命、3つの職員行動指針へ発展させています。理念や基本方針は、法人パンフレットやホームページ、事業所の単年度計画書などに記載、事業所内にも掲示しています。事業所の職員会議や支援会議の中で、日々のサービス提供を振り返る際に、立ち戻る原点となっています。利用者や家族への周知が十分ではないので、事業所パンフレットへの記載や、事業計画書の配付を検討しています。</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; 管理者は法人の管理者会と就労支援部会に出席し、社会福祉事業の課題や動向について学んでいます。大和市の障がい者福祉計画に目を通していますが、内容把握や分析は不十分であるため、今後の課題となっています。事業所では毎月バランスシートを作成し、職員会議で運営状況を把握するとともに、売り上げや工賃支給状況を計上するセルプ会計も確認しています。利用者の頑張りに応じて皆勤手当やボーナス支給を実施し、通所率アップを図る「毎日でも行きたくなる、楽しく働ける」事業所を目指しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt; まず第一に老朽化した事業所施設の移転が課題であり、現在法人が移転先を探しをしているところです。移転後を見据えて、災害時の安全確保、休憩スペースの確保、ロッカールームの拡充、職員体制など現場での話し合いを重ねて、法人へ持ち上げていくことが期待されます。また利用者の通所率が低迷している現状にあっては、短時間からの利用も受け入れ、一人ひとりのペースに合わせて利用継続につなげ、通所率アップを図っています。</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; 法人が2022～2024年度中・長期計画を策定していないため、早急な対応が望まれます。2022～2024年度の事業所中期計画として、マニュアルの整備、利用者支援力の向上、工賃アップを予定しています。2032年までの長期計画として、目標を職員の専門性強化、工賃アップ、地域連携の強化に設定しようと考えています。</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
<p>&lt;コメント&gt; 法人は2022年～2024年度中・長期計画の策定をしていない中、事業所独自の計画策定を検討しています。事業所における中長期計画を検討して、事業計画に反映しています。事業所独自の計画策定においても、職員間で合意形成することが期待されます。</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。

a

<コメント>

事業計画書は、職員会議で骨子案を周知した後、職員面談などで意見を集約して策定しています。毎年2月中には翌年度の事業計画書を策定し、法人とすり合わせを行い、職員会議で職員に配布して読み合わせをしています。半年後の見直しを上半期事業報告書に、年度末には事業報告書にまとめ、職員会議にて管理者が総括して報告しています。

【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>

朝ミーティングや月1回のメンバーミーティングで、事業計画の主な内容をピックアップして、利用者に伝えています。利用者の立場に立ったわかりやすく丁寧な説明を心掛けていますが、工賃についての項目には表を用いて可視化するなどの工夫が必要だと感じています。また、ミーティング当日に来所していない利用者への周知方法として、書面郵送や休憩室掲示などを検討しています。

#### 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>

毎日の職員打合せや月1回の職員会議を、事業所のサービス提供全般について情報共有する話し合いの場としています。昨年度から利用者の個別支援検討の場として、支援会議を3ヶ月に1回開催し、計画→実行→評価→改善のPDCAサイクルに則った支援の方向性を確認しています。毎年神奈川県障害福祉サービス自己点検シートを事業所自己評価に用いたり、3年ごとに第三者評価を受審するなど、事業所が提供するサービス内容を評価しています。今後は、自己評価に職員全員が参加することや、評価結果を分析・検討して有効活用することが期待されます。

【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。

c

<コメント>

評価結果を反映し、事業計画書の「今年度の重点目標と課題」に記載する場合がありますが、ほとんどの評価結果は職員会議で報告するにとどまり、課題の文書化や職員間での共有化ができていません。評価結果を有効活用する一歩目として、改善の取組を計画的に行っていくことが期待されます。また単年度では解決できない課題については、必要に応じて中・長期計画に位置付け、段階的に解決へ向かって取り組んでいくことが期待されます。

## 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>

管理者は「精神障害の特性に見合った支援力の強化、利用者の居心地の良い居場所の提供、一人ひとりのペースに沿った就労支援」を事業所の目指す方向と考え、理念と基本方針に基づいた取組を行っています。業務分担表に管理者の役割は「事業所責任者」と明記し、管理者の不在時には次席となる副主任に権限移譲する旨が明記されています。管理者の役割と責任について運営規程に明文化していますが、誰もが目にしやすい場所に規程文面を設置したり、広報紙などに記載して周知を図るなどの工夫が期待されます。

【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。

b

<コメント>

管理者は、法人の管理者会議やコンプライアンス研修に参加し、常に自己研鑽に努めています。障害者総合支援法や個人情報保護法、虐待防止法はもとより、介護保険法、食品衛生法、労働基準法など業務に不可欠な関係法令について学び、職員会議にて遵守すべき事項を周知しています。また、法人の諸規程や社会通年上のルールなども折に触れて職員会議での議題としていますが、具体的な取組には至っていません。

(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> 年1回障害福祉サービス自己点検シートを用いて自己評価を行う中で、事業所に求められている福祉ニーズを整理し、利用者支援力の向上や職員研修の充実が事業所の課題であると把握しています。外部研修や他事業所見学の情報を発信し、職員会議で情報共有する取組を継続的に行っています。現在、管理者は法人グループ長と他の管理者を兼務し、事業所にいる時間が限られている状況であり、十分な指導力発揮までには至っていません。	
【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> コロナ禍で来店者が減少し、配食の売上げが伸びている現状から、閉店時間を早めて経費削減を目指すなど、事業所業務の効率化を図っています。それに伴い、カフェや軽作業の部門間で流動的に職員が働けるような人員配置に変更しています。職員会議で事業所の課題や検討事項を十分に話し合い、職員の合意を得て進めています。管理者は他事業所と兼務のため、不在時間が見込まれています。社会情勢や事業所環境の変化に随時対応していくためにも、更なるコミュニケーションの強化が期待されます。	

## 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> 人員体制や人材確保と育成についての方針は、法人として確立しています。常勤職員採用については法人が決定し、非常勤職員は事業所に一任する体制となっています。採用活動は法人人事部と連携し、法人ホームページを活用するなど費用対効果を考慮しながら職員募集を行っています。現在事業所の人員は充足しており、人材確保と定着に関して具体的な計画はありませんが、利用者の高齢化に向けて、理学療法士や作業療法士の専門職配置の立案を検討しています。		
【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> 職員ハンドブックの「法人が期待する人材像」は事業所内にも掲示し、明確な目標、率先垂範、感謝する気持ちなどの13項目を列挙しています。職員面接を定期的実施して、事業所でのキャリアビジョンを確認する場としています。昨年度まではクラウドシステムを活用して目標設定や人事評価について把握していましたが、現在はシステムの継続使用について検討中となっています。年1回異動希望のアンケートと職員満足度調査をWebで実施し、職員の意向を反映するシステムを構築しています。		
(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組んでいる。	a	
<コメント> 就業規則に労働条件や職場でのルールについて明記しています。職員の勤怠管理はICカード使用のシステムで行い、データ処理による事務作業の効率化やコスト削減を実現しています。労務状況を把握して、有給休暇の取得消化を推進しています。また定期的に職員面談を実施し、職場や家庭での悩み、家庭環境の変化や働き方への意向などを聴取しています。その結果、法人のメンタルヘルスケアを行う相談室につなげる事例もあります。職員の心身両面での健康とワークライフバランスに配慮した、働きやすい職場づくりに取り組んでいます。		
(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> 職員の育成に向けた目標設定や評価のシステムは継続検討中であり、目標の詳細設定や数値化は十分ではありませんが、定期面談のヒアリングを通じて達成状況を確認しています。期初期末の面談は必ず実施していますが、非常勤職員は10月からの1年契約であり、時期的に中間面接の時間が確保できない状況が続いています。面談結果は人事考課のクラウドシステムに記録し、人事情報管理の効率化と業務到達レベルの可視化を実現しています。		



【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。	c
--	---

<コメント>

職員ハンドブックに明示する「期待する人材像」の第一項目には「利用者の人権尊重と権利擁護を守れること」とあり、法人がイメージする職員像が読み取れます。また同ハンドブックでは、専門的な利用者支援の具体化として、事業種ごとに必要な職種と資格の一覧を載せています。毎年法人研修部が年間研修開催計画を策定しています。今年度はまだ各事業所に配布されていない状況ですが、階層別研修は実施されています。

【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>

職員一人ひとりの知識、技術、資格取得などの状況は、日頃のサービス提供や面談を通じて、管理者が的確に把握しています。現場では主に副主任が、サービス提供を実践しながらの個別指導や記録の書き方を教えています。法人の階層別研修に参加する機会を設けるとともに、職員の研修参加は自発性に重きを置き、職員会議やメールで研修情報の発信にも努めています。今年度は虐待防止の外部研修に、職員全員で参加予定としています。

(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。

【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>

看護学校の実習生20名程を毎年受入れています。約半年の期間中、20名程に1日限定のプログラムを用意して、実習を行っています。実習についてのマニュアル整備は今後の課題となりますが、実習生の受け入れ手順は標準化できています。学校側と協定書を交わし、当日はオリエンテーション実施後に、個人情報保護に関する同意書に署名した上で現場に入るように設定しています。学校側の意向や職種を踏まえて、実習内容を検討しています。コロナ禍であっても実習受け入れを継続し、専門職の育成に積極的に取り組んでいます。

### 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。	b

<コメント>

ホームページに法人の理念や基本方針を明記していますが、最新の事業計画や事業報告が公開されていないため、早急の対応が望まれます。第三者評価受審結果は神奈川県社会福祉協議会のホームページで閲覧可能であり、苦情相談については事業報告書に公表欄を設け、実際に苦情相談があった場合はその改善策や対応について記載しています。事業所パンフレットは相談支援事業所や精神保健連絡会に持ち込み、毎月開催のこども食堂活動のチラシを地域に配布するなど、社会福祉法人事業所としての存在意義を発信しています。

【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。	b
---	---

<コメント>

法人では隔月で事務員会議を開催し、各事業所の事務員が出席しています。進捗状況や変更事項を確認して、法人全体としての足並みが揃うように努めています。会議内容は事務職員が事業所に持ち帰り、毎日の打ち合わせや職員会議で情報共有を図っています。また内部監査は不定期実施であり、今までのところ事業所での実績はありません。外部監査については事業所単位では実施されないため、状況の把握は難しい面があります。

### 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。	a

<コメント>

地域交流については、事業計画書に記載しています。活用できる社会資源や地域の情報は、メンバーミーティングで伝え、社会福祉協議会の機関誌や食料品の配布などのチラシは、休憩室のマガジンラックに入れており、地域の社会資源の利用を推奨しています。社会貢献・地域貢献の取組として毎月第4土曜日に地域団体などと連携して子ども食堂を企画し、ボランティアとともに開催しています。また、毎朝、施設周辺の周りだけでなく広く清掃活動を行っています。コロナ禍の前までは、地域で行われる大和阿波踊りまつりに職員と利用者が参加していました。

【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。	b
---	---

<コメント>

ボランティアは、主に軽作業や子ども食堂などのイベントで受け入れています。施設長は、職員会議やメンバーミーティングでボランティアの受け入れや対応について説明しています。ボランティアの受け入れについては、事前に基本姿勢が明示された活動同意書への署名を受領し、当日、施設長または常勤職員がオリエンテーションで内容等説明をしていますが、マニュアルは未整備で今後作成する予定です。コロナ禍で子ども食堂の社会人ボランティア希望が減少しています。広報などの工夫が期待されます。

(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>

利用者に大和市の障がい福祉課作成の市内事業所一覧表の資料を案内し、職員会議で情報を共有しています。施設長は月1回開催の大和市精神事業所連絡会に参加し、虐待防止研修の実施や大和市の精神障害の方の医療費負担を減らす取組への署名活動など、事業所共通の課題解決に向けて話し合いを行っています。

(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。	a
---	---

<コメント>

法人内で月1回管理者会議を開催し、福祉ニーズや生活課題などを共有しています。施設長は月1回大和市精神事業所連絡会に出席し、福祉ニーズや生活課題などを、また、大和市主催の子ども食堂意見交換会に出席し、取組の事例を共有しています。

【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>

事業計画書に明示した、社会貢献・地域貢献の取組として、毎月1回子ども食堂の開催や毎朝の近隣清掃、地域社会福祉協議会の募金箱の設置、在宅障害者の手作り作品の販売などを行っており、地域の居場所として機能を果たしています。子ども食堂は、事業所が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を地域に還元する取組となっています。コロナ禍前は、横浜市寿町の炊き出しに参加していましたが、現在休止しており再開後に参加予定です。地震などを想定して避難する防災訓練を年2回実施しています。今後は、地域の防災訓練に事業所として参加するなど地域との連携を期待します。

### 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>

法人作成の倫理行動マニュアルは、職員会議で説明し、職員は「県央福祉会職員ハンドブック」を手元に置くようにしています。職員は、ソーシャルインクルージョンを掲げた法人理念、利用者の支援モラルを示した倫理行動綱領などのマニュアルなどに沿った支援を行っています。支援基準の見直しは、統一した方針で職員の支援会議の場で行っています。利用者の尊重や基本的人権への配慮については、常勤・非常勤に入職時研修で説明しています。今年度は、大和市精神事業所連絡会主催で虐待防止研修を開催し、職員が参加する予定です。

<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>	<p>a</p>
<p>&lt;コメント&gt; 法人は、特定個人情報等取扱規定やマニュアルを整備しており、常勤・非常勤に入職時研修で説明し、職員会議で倫理行動マニュアルの内容を確認しています。利用者や家族には、契約時に重要事項説明書を読み合わせ、個人情報保護について確認し、個人情報の提供について同意書に署名・捺印を頂いています。利用者は、鍵のかかるロッカーを利用し、休憩室には、仕切りのあるベッドコーナーを設置しています。また、面接などは相談室を利用するなどプライバシーに配慮しています。</p>	
<p>(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>	
<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>	<p>a</p>
<p>&lt;コメント&gt; 事業所パンフレットは、相談支援事業所に置き、希望する方に配布しています。事業所パンフレットは簡単な内容としており、実習希望の方には積極的に対応し、個別に意向を確認しながらゆっくり丁寧に紙に書くなど時間をかけ、現場の作業を見ながら説明しています。また、契約の利用者には、5日間の体験利用を実施しています。見学などには内容の振り返りがスムーズにいくように相談支援事業所の方も一緒に参加してもらえよう依頼しています。</p>	
<p>【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。</p>	<p>a</p>
<p>&lt;コメント&gt; サービス開始時や契約書、重要事項説明書の内容に変更がある場合は、書類を作成し、利用者・家族にゆっくり丁寧に紙に書くなどわかりやすく説明し、同意の署名捺印をもらい保管しています。説明は、個別に意向を確認しながら時間をかけて対応しています。意思決定が困難な利用者への配慮は、行政や関係機関を交えて一体的に支援しています。</p>	
<p>【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。</p>	<p>b</p>
<p>&lt;コメント&gt; 福祉サービスの内容が変更する時は、利用者に不利益が生じないように配慮し、担当職員が個別に説明しています。引き継ぎや福祉サービス終了後の窓口についての具体的な案内は、就労支援事業所が間に入っているため口頭での案内が中心となっています。また、要望があれば引き継ぎ文書を作成しています。福祉サービス終了後にメールや、カフェに立ち寄り相談する方がおり、障害者就労支援センターなどにつなげることがあります。今後は、サービス終了後に家族や利用者がいつでも相談できるように、担当窓口や相談方法を記載した文書などを作成されることが期待されます。</p>	
<p>(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>	
<p>【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。</p>	<p>b</p>
<p>&lt;コメント&gt; 月1回、職員や利用者が参加するメンバーミーティングを開催し、直接話して満足度の確認をしたり、満足度調査のアンケートを年に1度実施しています。職員は内容について共有し、仕事の手順などの変更は対応していますが、施設の老朽化については法人に伝えています。利用者には利用者会で内容について説明し、内容によっては相談面談を行うことがあります。グループホーム入所による一人暮らしの方が多いため、保護者会は開催していません。広報誌を発行するなど利用者の様子を保護者に伝える工夫が期待されます。</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>【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。</p>	<p>b</p>
<p>&lt;コメント&gt; 苦情解決の体制は、利用契約書、重要事項説明書に記載し、サービスの開始時に説明しています。また、苦情解決の仕組みを写真などでわかりやすく作成したポスターを掲示しています。利用契約書に、苦情が申し立てられた時は、速やかに調査し検討内容や解決結果などを利用者または家族に文書で報告するとの記載があります。休憩室入り口に、意見BOXを設置し、メンバーミーティングやアンケート調査で満足度の確認を行い、職員会議でサービス提供の質の向上を検討しています。今後は、相談を含め苦情を日誌に記載するだけでなく、記録を残していくことやご意見ボックスに意見を入れやすい工夫をすることが期待されます。</p>	



【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>

重要事項説明書には、利用者が相談・苦情を述べたい時の事業所・法人・行政など複数の連絡先や仕組み書かれており、サービス開始時に丁寧に説明しています。苦情解決の仕組みを写真などでわかりやすく作成したポスターを休憩室に掲示していますが、利用者への周知に課題もあります。利用者に相談などがある時は、プライバシーに配慮して、相談室の利用を勧めています。

【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>

意見箱BOXの設置・月1回の利用者ミーティングの開催・年に1回の満足度アンケートの実施など積極的に利用者の意見を収集し、利用者から上がった意見は職員会議などで職員に周知し、サービス提供の質の向上を図っています。法人の苦情解決の仕組みは整っていますが、事業所のマニュアルや手順書の作成には至っていません。

(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>

事故発生時の対応と安全確保については、職員ハンドブックのリスクマネジメント手順に沿って対応しています。今後は、利用者の状況や特性を踏まえてより事業所にあった手順書の作成が期待されます。職員会議で事業所内で報告されたヒヤリハット事例や、法人の他事業所の事故事例を共有して再発防止策を検討しています。法人はリスクマネジメント手順などを随時見直しています。

【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>

法人の危機管理室の管理体制フローとマニュアルを職員に周知しています。コロナ発生時には、講師を招き職員と利用者を対象に勉強会を開きました。事業所の各所にアルコール消毒液を設置して随時使用を促しており、作業時は時間を決めてアルコール消毒を実施しています。職員ハンドブックには感染症対策やウイルス予防策などの対応が具体的に記載されています。インフルエンザの予防接種については、法人の医師が職員と利用者に事業所で実施しています。また、カフェ部門に関わる職員と利用者は毎月腸内細菌検査を行っています。

【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>

法人は、危機管理対策要綱を定め、地震対応マニュアルなどを作成しています。法人の防災訓練計画に則り、年2回、安否確認システムを使っての法人職員への配信や、消防署による消火器の使い方講習、地震を想定した避難訓練など、防災訓練を実施しています。利用者の安否確認の方法は、決められていません。また、備蓄品の準備はありません。今後、利用者の安否確認方法や備蓄品、地域の防災訓練への参加について検討することが期待されます。

## 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>

職員は法人の定めた倫理行動要綱や倫理行動マニュアルに則った福祉サービスを実施しています。職員ハンドブックには、基本理念として、人格の尊重や自由と自己選択、自己決定のできる環境創り、プライバシーを守る環境の維持についての記載があります。支援方法については、職員会議や支援会議で確認し、周知徹底しています。

<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>	<p>b</p>
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画は、定期的に支援会議で検証、見直しを行い、話し合った内容をもとに担当者が作成しています。実施方法については、ミーティング、職員会議などで定期的に検証されています。個別支援計画は、相談支援員の情報と事業所の記録をもとに利用者と職員の意見を反映させて作成し、担当職員が個別に説明して利用者に同意を得、署名捺印を頂いています。</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>	<p>a</p>
<p>&lt;コメント&gt; サービス管理責任者を個別支援計画策定の責任者として決め、支援会議の進行や関係機関との協議・連携、福祉サービス提供の確認を行いながら、助言を行い、担当職員が利用者と確認をして作成しています。個別支援計画は、原則的に6ヶ月に1回担当職員が利用者と個人面談を行って見直しており、支援会議で職員や利用者にも周知しています。支援困難ケースには、行政や関係機関を交えて一体的に支援を行っています。</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>	<p>a</p>
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画の見直し時に、担当職員は、利用者との個人面談を行っています。見直しによって変更した個別支援計画の内容は、支援会議で職員や利用者にも周知しています。緊急に変更する場合にも担当職員は利用者にも意向確認し、同意を得ています。利用者の状況により、振り返りやモニタリングを実施して変更する仕組みを整備しています。</p>	
<p>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>	
<p>【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。</p>	<p>b</p>
<p>&lt;コメント&gt; サービス開始時の利用申込書に身体状況や生活状況を記載していますが、5日間の体験利用を通じて職員が把握した身体状況などを記入することも望まれます。個別支援計画の内容やモニタリングなどから実施状況が確認できます。記録作成マニュアルを配布し、サービス管理責任者が記録作成の指導を行っています。組織における情報や関係機関からの情報は職員会議の中で共有されています。パソコンのネットワークシステムを利用して職員が情報を共有しています。</p>	
<p>【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。</p>	<p>a</p>
<p>&lt;コメント&gt; 法人が特定個人情報等取扱規定や特定個人情報等に関する事務マニュアルを定めています。記録管理の責任者は管理者となっています。利用者の記録は鍵のかかるキャビネット保管やシュレッダーを使った廃棄など、個人情報の不適切な利用や漏えいに対する対策や対応方法を具体的に定めています。採用時研修や職員会議などで職員ハンドブックを用いて、職員にも周知しています。利用者の記録及び情報の管理等について重要事項説明書に記載し、サービス開始時に丁寧に説明し、署名捺印を頂いています。</p>	