

第三者評価結果

※すべての評価細目(45項目)について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示する。
 ※評価項目毎に第三者評価機関判定理由等のコメントを記述する。

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
【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。	a
<コメント> 「どの人の人生も肯定される社会づくりを目指します」「私たち職員は、お客さん(利用者・ご家族)の笑顔のために働きます」等の理念を掲げています。職員倫理行動マニュアルを作成し、理念の遵守に関わる法人全体としての職員行動規範を定めています。また、権利擁護と利用者主体の支援及び意思決定、自立支援の推進等理念の実践にむけた基本指針を定め事業計画書に明記し、職員会議で読み合わせを行い職員全員に周知しています。毎年5月に実施の家族懇談会で事業計画を配布し、理念や基本方針等施設運営の方針を説明しています。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
【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> 地域の福祉ニーズの動向を踏まえ、昨年度4月より従来の多機能型事業所から生活介護サービスに特化した事業所になりました。地域の障害者ニーズに対応し、特に行動障害のある自閉症の人たちへの専門的な支援を行っています。重度障害の利用者が95%以上を占めており、月々の地域ごとの利用者の利用率等を分析し職員会議で検討し利用率向上とサービス向上の対策を実施しています。地域の福祉計画の把握と潜在的利用者のデータ収集と分析については、法人としての地域支援の一環として事業所を取り巻く環境条件の変化への一層の対応の強化が期待されます。		
【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> 施設長は毎月開催の法人全体の所長会議に出席し、経営環境や職員体制、育成等に関わる福祉サービスの各種情報を把握し、職員会議で職員に説明し周知しています。2020年5月の所長会議で「県央福祉会の健全経営を遂行するための課題と行動目標」の資料を用いて説明したことが、職員会議の議事録に記録されています。経営課題に対する施設としての課題と対策の具現化と体制整備等の具体的取組については今後の課題です。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
【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
<p><コメント></p> <p>法人としての2018年までの5か年計画を作成し、現在マスタープラン作成委員会を立ち上げて中期計画を作成しています。毎月定期的に施設長が参加しエリア会議を開催し、中期計画に向けた施設の要望等を検討しています。法人としての年度事業計画を策定し、中・長期の法人の事業方針の実現に向けた具体的課題を明示しています。法人の事業計画の実現に向けて施設の事業計画を作成しています。中・長期的視点での数値目標や具体的成果物の設定が今後の課題です。</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。	a
<p><コメント></p> <p>2020年度の施設の事業計画は、法人の事業計画の重点目標を受けて、今年度取り組むべき具体的な目標を設定しています。事業計画は、「行動障がいのある自閉症スペクトラムの人への専門的な支援」の具体化等を推進する内容です。また、法人の方針を受けてチームワークを醸成し職員の専門性の向上を踏まえた利用者支援の統一性を図ることを明記しています。事業計画は利用率等の数値目標や具体的成果を設定し年度ごとの事業報告に達成状況を明記しています。</p>		
I-3-(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・見直し組織的に行われ、職員が理解している。	a
<p><コメント></p> <p>事業計画は毎月実施している職員会議で検討し策定しています。9月の職員会議で中間見直しを行い、2月の職員会議で全体の成果の評価と年間計画の方針を決定しています。それを受けて3月中にアセスメントを実施し、個別支援計画(チャレンジシート)を作成しています。また、職員会議で事業計画の読み合わせを行い職員に周知しています。</p>		
【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
<p><コメント></p> <p>年に2回実施している家族懇談会で施設運営の状況やヒヤリハット・事故一覧、職員の研修受講の状況等について家族に説明しています。5月実施の家族懇談会で事業計画を配布し、施設運営の方針や当該年度の重点目標等について説明しています。また、南米の外国籍の利用者のケースでは通訳を介するなど利用者が理解できるように配慮しています。今後はより利用者に分かりやすい説明資料の工夫が期待されます。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(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。		
【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

<p><コメント></p> <p>年一回、神奈川県規定様式の「指定障害福祉サービス事業等自己点検シート」を用いて自己評価を実施しています。自己評価は運営編と報酬編に分かれ多岐に及びます。自己点検は管理者主体の実施で全職員が参加しての組織的対応とは言えない状況です。自己評価に関するサービス内容の組織的チェック体制の整備と課題対策の仕組みの整備が望まれます。</p>		
【9】	<p>I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>自己評価の結果、災害時対策としての備品の蓄積や身体拘束に関する利用者・保護者の同意についての改善策を講じた事例があります。毎月実施の職員会議で課題を共有し対策を講じています。しかし自己評価の結果の分析と文書化の組織的対応は十分とは言えない状況です。課題対策の結果の記録と改善計画の見直しの仕組みの整備が望まれます。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
【10】	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>当該年度の事業計画で施設長の方針や取り組みを提示し職員会議で説明し、また、処遇の方針に沿った研修を実施し全職員に周知しています。事業所としての組織図や職務分掌を整備し、職員の役割分担と権限を明確にすることが望まれます。緊急時対応マニュアルを整備し、有事の際の行動マニュアルや職員の対応の迅速化を図るためのフローチャート等を明示し、施設長不在時の権限移譲等について明確にすることが望まれます。</p>		
【11】	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>法人の理念の実践に向けた「基本方針」に、コンプライアンスの順守等を明示し、「倫理規定」に職員の行動について細かく規定し職員が遵守すべき法令等に関する注意を喚起しています。施設長が構成員となってコンプライアンス委員会が招集され、法人全体のコンプライアンス対応の強化を図っています。施設としても、施設運営に関わる各種法令改正に関する問題意識をもとに、「支援についてのふりかえりロールプレー」を行い、特に利用者の人権擁護についての取り組みの強化を図っています。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
【12】	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>法人として人事評価のシステムがあり、それぞれの職員は個々の自己目標を設定し、施設長との面談を通して目標達成の成果を評価しています。施設長は日頃からサービスの質の向上に関する課題を把握し、また、県の自己点検シートを用いて自己評価を実施し改善課題の把握に努めています。しかし課題解決に向けた組織的対策の実施にはつながっていません。福祉サービスの質の向上に関する課題を職員に周知し、組織内に具体的体制を整備する取組が期待されます。</p>		

【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
<p><コメント></p> <p>経営や財務に関する法人としての目標・実績等を事業計画、事業報告、収支報告としてホームページに開示しています。施設長は、法人の事業計画の実践に向けた施設の重点目標を設定し事業計画を策定しています。また、月々の稼働率や人件費の動向について分析し、毎月試算表により数値の達成状況を把握し、施設運営の経営改善に努めています。人員配置は法人全体の課題ですが、人員配置上の職員不在や、職員の負担軽減などの課題が現実化しており、働きやすい職場環境の整備に向けた労務環境改善の対策が望まれます。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(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。		
【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。	c
<p><コメント></p> <p>人材確保が難しい福祉業界の状況の中で、職員の離職も多く、具体的な計画や育成までに至らないのが実情です。法人としての採用活動が実施され、広く求人も実施され、同種の施設も多いことから法人内の異動も行われています。有資格者の確保も困難な状況があり看護師は非常勤で配置されています。職員アンケートからも計画的な人材確保・定着のための取り組みが求められています。サービスの安定的な提供のためには具体的な計画が必要です。</p>		
【15】	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>法人の事業計画で期待する職員像が明示され、育成型評価制度としての人事評価の仕組みが構築されています。管理者は「面接を通して、職員の育成を図ることが明示されています。クラウド型の人事評価システムが導入され、職員自らが職務の遂行状況を入力して、施設長、エリアマネージャーが評価するという仕組みが整備されています。キャリアアップの制度が導入され、基本職・総合職・専門職・業務職のコースが設定され、キャリアマネジメントの仕組みが整備されています。</p>		
Ⅱ-2-(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
<p><コメント></p> <p>施設長は職場の雰囲気や働きやすさを良好に保つために配慮を心掛け、職員とのコミュニケーションを積極的にとるようにしています。子育て中の職員には定時に帰宅できるように配慮するなど、ワークライフバランスにも留意しています。法人に心の相談室が設置されストレスチェックを年2回実施するなど、精神的な負担が大きい職場であることに配慮がなされていると言えます。職員がゆとり休養できるスペースや時間の確保が十分ではなく、働きやすい職場の実現に向けた取組の推進が期待されます。</p>		
Ⅱ-2-(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
<p><コメント></p> <p>法人の事業計画に組織として期待する職員像を明示しています。育成型人事評価制度のシステムが確立され、法人全体で、年2回の目標管理や個別面接が実行されています。面接を通して育成をはかることが重要視されています。目標達成のための取り組みとしては、法人独自の研修期間の設置やキャリア別のフォローアップ研修が充実しています。職員は、研修機会には恵まれています。参加するための人的余裕や研修時間の確保に困難を伴うことがあり、研修に参加しやすい取組の配慮が期待されます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人の事業計画に期待される職員像を明示し、倫理行動綱領で利用者支援の現場における職員の行動を具体的に示しています。TEACCHプログラムに基づいた支援を基本方針として、情報共有や研修を行っています。支援する職員は資格を求められてませんが、法人では資格取得に向けて支援しています。障がい特性の理解、個別支援の方法に関する育成はOJTを中心に実施しています。事業所としての研修計画がありませんので、事業計画とともに、年度ごとの研修方針・計画を策定することが求められます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人として、メンター制度があり、他事業所の職員が新規採用職員をフォローしています。インターネットでのコンサルテーションを受けたり、外部機関のスーパーバイズを受けることができ、そのつど希望すれば研修を受ける機会が保証されています。全員の研修機会を確保したり、幅広い分野の研修テーマを推奨する上では、施設としての年間研修計画が策定されていません。研修計画を整備し計画的に研修を実施することが望まれます。</p>		
Ⅱ-2-(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。	c
<p><コメント></p> <p>実習生受け入れの実績はありません。受け入れる機会がなかったこともあり実習生の受け入れ体制、受け入れマニュアル等が整備されていません。人材確保の上でも、養成校・福祉関連学校とのパイプを作り、実習生受け入れを積極的に進めることが期待されます。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
【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
<p><コメント></p> <p>施設運営の方針や利用者支援の日々の活動、個別プログラム、季節の各種イベントの状況を写真やイラストを用いてホームページに分かりやすく説明しています。また、ホームページに施設のブログを掲載し、自閉症支援の日々の取組を紹介しています。法人の理念・基本方針及び事業計画、事業報告及び収支についてホームページに掲載し、また、第三者評価の評価結果をホームページに開示し法人全体の施設運営の透明性を図っています。</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><コメント></p> <p>法人として定期的に内部監査を実施し、また、監査法人による会計監査を実施し事業報告に明記しています。事務、経理、取引に関するルールは法人として整備されていますが、施設内の職務分掌と分掌ごとの権限、職員への周知については十分とは言えない状況です。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
【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
<p><コメント></p> <p>地域との交流・連携の促進を事業計画の重点目標に掲げています。地域交流を促進するために近隣の商店、施設との連携強化、自治会活動への参加等を推進しています。神奈川県スポーツ大会(陸上、ボーリング)に利用者が参加し、ハローウィンイベントでは、地域の人にお菓子を届けたりします。自閉症の障害を抱える利用者の地域行事への参加には困難な状況もありますが、地域の人たちの障害者への理解をを得るための交流の機会の一層の工夫が期待されます。</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><コメント></p> <p>ボランティアの活用は進んでいません。昨年度延べ9名のボランティアが活動していますが十分といえる状況ではありません。自閉症という利用者の障害特性の中ではボランティアの積極的受け入れに困難を伴う状況がありますが、ボランティア受け入れマニュアルを整備し、ボランティア受け入れ推進の方針を明確にすることが望まれます。地域の保育園や学校等と連携し施設体験や利用者との交流の推進への対応などの対策が期待されます。</p>		
II-4-(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
<p><コメント></p> <p>地域の相談支援機関、近隣施設協議会等の関連機関と連携し社会資源の有効活用に努めています。県央地区施設長会を2か月ごとに開催し、地域の福祉サービスの状況に関する情報交換を図っています。利用者のアフターケアについては利用者家族全体の支援に配慮し、相談機関や行政の窓口などの障害、高齢化対策に向けた情報提供に努めています。</p>		
II-4-(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 地域の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><コメント></p> <p>昨年度、行動障害のある自閉症スペクトラムの方への専門的支援を主体とした施設運営に特化することで、地域の障害者福祉への貢献を図っています。施設の取組の地域理解の浸透や専門性の地域還元の取組はこれからの課題です。地域の関係施設や地域住民との交流活動等を通して、一層の地域福祉ニーズの把握につながる取組が期待されます。</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
<p><コメント></p> <p>神奈川県社会福祉協議会と連携し、生活困窮者のための炊き出しの会や子ども食堂の支援に参加し、また、赤い羽根共同募金の街頭での呼びかけに利用者が参加しています。行政と地域防災協定を締結し、災害時の特別避難場所になっています。今後は、施設の専門的な情報を地域に還元する取組の強化と活動の推進が期待されます。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
【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> 法人として、人権尊重やコンプライアンス等を基本方針に掲げ、倫理行動マニュアルに明示しています。倫理綱領を職員会議で読み合わせ、人権侵害に対する職員意識の強化と周知を図り、職員に注意を喚起しています。倫理行動マニュアルでは、細部にわたり入所者の人権意識の強化と人権に配慮する姿勢について規定しています。法人として、入職時には5日間の採用実習を行い、職員は利用者との適切な距離感を持ち利用者の主体性に配慮することを心掛けるように意識づけを行っています。		
【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> 「職員倫理行動マニュアル」を整備し、利用者の自由とプライバシーの守られる環境の維持及び利用者の秘密保持やプライバシー保護に関する職員の具体的行動規範を明示しています。入所者は障害の特性から個別のスペースが必要となっていて、居室は細かく仕切られ一人ひとりの居室となっています。衝立やロッカーを利用して仕切られている部屋もあったり、大きなスペースや他の利用者に刺激が伝わらないような工夫もされています。安心できる環境を用意することについては、家族会で説明されています。		
Ⅲ-1-(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> 施設利用の希望者にパンフレットを配布し、養護学校で施設の説明を行います。また、ホームページで施設の紹介をしたり、ブログで施設の様子や行事などの新しい情報を発信したりして、施設の運営や利用者サービスの情報提供に努めています。契約の際に説明をする重要事項説明書にはフリガナがふってあり、利用者が理解できるように配慮しています。自閉症の利用者はコミュニケーションをとることが難しく、保護者への説明や情報提供となっています。家族がボランティアや実習をすることもあり、体験利用の受け入れを行っています。		
【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> 利用開始に際しては、所定の手順(内容説明⇒プレ利用⇒利用調整会議⇒重要事項説明⇒同意⇒契約という手順)により、利用者が安心して施設を利用できるように支援しています。重要事項説明はサービスの内容をご家族に明示し、ふりがながふり、利用者が理解しやすいための配慮をしています。障がい特性から言葉の理解が困難な利用者がほとんどですが、わかりやすいよう配慮し、写真や絵を用いて説明しています。その際には利用者に分かりやすいようにTEACCHプログラムを活用した支援ツールを用いています。		

【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
<p><コメント></p> <p>利用者の退所に際しては、支援専門員から退所後の問い合わせに対応し、また、社会福祉協議会を中心としたネットワークによるフォロー体制を構築し利用者支援に努めています。施設長は地域へのコンサルテーションやツールを用いた相談事業に取り組み、地域への相談やアセスメントによる利用者ニーズの把握を目指しています。引き継の文書やアフターケアについての案内等の手順も含めて支援内容の整備が望まれます。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。		
【33】	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>家族懇談会を定期的を開催し、施設長が出席し家族の意見・要望・苦情等の把握に努めています。利用者の満足度を直接把握するのは困難ですが、障害特性に合わせて、「合理的配慮」を行うことで、個々の利用者の障がい特性に応じて、利用者が意見を言いやすい雰囲気づくりを行うようにしています。誕生日の昼食には好きなメニューをオーダーしたり、「〇〇したい」という欲求に応えるなど、利用者が安心し、安定して日常生活を過ごすことで、そこから個々の満足度の合いを測ることができます。</p>		
Ⅲ-1-(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
<p><コメント></p> <p>「苦情解決に関する規則」を整備し、苦情解決責任者、苦情受付担当者及び苦情解決第三者委員の設置を明示し、また、「苦情解決事務手続き(マニュアル)」を作成し、利用者からの苦情の申し出手続きをフローで分かりやすく説明しています。重要事項説明書に苦情受付窓口、苦情解決責任者及び第三者委員の氏名と連絡の方法を明示し、利用者からの苦情に適切に対応することを周知しています。また、利用者からの苦情に関する内容・対応について事業報告に記述し利用者・家族に説明しています。</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
<p><コメント></p> <p>「職員倫理行動マニュアル」を整備し、利用者の相談・支援に関わる職員の心構えを明示し職員に周知しています。所定の相談室があり、職員は利用者が気軽に相談できるように雰囲気づくりに配慮しています。今回の利用者・家族アンケートでは、86%の利用者・家族が「相談したり、意見を言いやすい雰囲気がある」と回答し、また、95%が「利用者本人の気持ちを大切にしながら対応してくれる」と回答しています。今後は、利用者が相談相手を自分の意思で自由に選択できるための意識づくりの支援の工夫が期待されます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>4人から6人の利用者グループを編成し、担当職員がグループを編成し利用者支援にあたっています。日々の支援の状況を支援会議で話し合い、利用者や家族の相談内容について共有し支援の統一化を図っています。自閉症という障がい特性から本人からの発信が明確に判断しづらいことがあります。職員は、絵・写真・文字・絵文字など利用者一人ひとりの対応マニュアルを作成し利用者の思いの把握に努めています。また、連絡帳を活用し利用者の家族との日々のコミュニケーションの維持に努めています。対応マニュアルの定期的見直しが望まれます。</p>		

Ⅲ-1-(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> 危機管理対策マニュアルを作成し事故発生時の安全確保に努めています。危機管理委員会を設置し法人全体のリスクマネジメントに関する各種情報を所長会議で共有しています。毎月開催の職員会議で、「ヒヤリハット・事故一覧」を用いて事故の予防、対策について話し合い、職員全員で共有し注意を喚起しています。年間400件のヒヤリハット報告があります。また、半期ごとの事業計画のみなおしの中でリスクマネジメントやヒヤリハット・事故の情報を分析し、課題の対策を講じて安全確保に努めています。		
【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。	b
<コメント> 感染症対応マニュアルを作成し、インフルエンザやノロウイルス等感染症に罹患した場合の適切な対応に努めています。危機管理マニュアルを作成し感染症に関わる緊急時の職員の対策について明確にしていますが、職員間の情報共有は十分ではありません。定期的に勉強会を開催し、緊急時対応に関する職員意識の強化を図る取組が望まれます。		
【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> 緊急時対応マニュアルを作成し、災害発生時の利用者の安全を維持に努めています。年2回、法人全体の防災・避難訓練を実施し、他に事業所独自の年2回の消化・防火訓練を実施しています。災害発生に備えて3日分の食料等を備蓄し、備蓄リストで消費期限を管理しています。緊急時の連絡網や緊急時安否確認メール等の仕組みを整備中です。災害時の事業継続計画は作成されていません。福祉サービス提供の施設独自の対策が望まれます。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(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。		
【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。	b
<コメント> 職員倫理行動マニュアルを整備し、利用者の尊重やプライバシーの保護・権利擁護に関わる職員の心構えについて明記し職員に周知しています。加えて生活支援マニュアル等を整備し、利用者への標準的サービス支援について職員間の情報共有の一層の強化が望まれます。アセスメントや個別支援計画(チャレンジシート)の書式を整備し職員間の支援の支援レベルの標準化を図っています。今後は利用者の障害特性に配慮し、サービス品質の一定レベルを保持するためのガイドラインを作成し、生活支援マニュアルの遵守を含めて標準的実施方法の評価と見直しの仕組みの整備が望まれます。		
【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> アセスメントや個別支援計画作成、モニタリング、計画の見直しの時期等は年間のスケジュールを定めて実施しています。各種生活支援マニュアルの状況の変化に対応した見直し及びサービスレベルを維持するための個別支援計画作成のガイドラインなど、標準的実施方法の評価と見直し、及びその結果を反映したマニュアル改定等の仕組みの整備が望まれます。		
Ⅲ-2-(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的な個別支援計画を適切に策定している。	b
<p><コメント></p> <p>サービス管理責任者が個別支援計画策定の責任者です。施設利用開始時に所定の書式によるアセスメントを実施し、自閉症の行動特性によるコミュニケーションや対人関係等の利用者支援ニーズを明確にしています。アセスメントの結果をもとに支援課題を定め個別支援経過(チャレンジシート)を作成します。個別支援計画の策定については、相談支援事業所と連携し計画相談の個別支援計画との整合を図っています。個別支援計画の目標に沿って年2回モニタリングを実施し、利用者支援の成果の評価を実施しています。今後は、年度ごとの個別支援計画見直しに合わせたアセスメントの実施が望まれます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>年2回個別支援計画の見直しを実施しています。計画の見直しに合わせてモニタリングを実施し、利用者支援の成果を評価し次の個別支援計画に反映しています。個別支援計画を利用者・保護者に説明し同意のサインをもらっています。日々の利用者支援の記録やモニタリングの結果をもとにグループ会議で検討し、職員会議で職員間の情報共有をはかり個別支援の課題を整備しています。利用者の状況の変化が大きい場合は随時個別支援計画の見直しを実施しています。</p>		
Ⅲ-2-(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
<p><コメント></p> <p>日々の利用者支援は個別支援計画の目標に沿って利用者一人ひとりの特性に応じて構造化を図っています。4人から6人ほどのグループを編成し、写真やカード等を用いて利用者が安心して生活を送れるように支援しています。グループごとに担当職員が支援の状況をPCに入力し、月ごとにケースファイルとして個人ファイルにまとめています。記録は利用者の行動変容にポイントを絞り、個別支援計画(チャレンジシート)の目標に沿って達成状況を記録するようにしています。また、利用者の生活の状況を連絡票を用いて利用者・家族に伝え情報共有に努めています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>個人情報保護規定を整備し、個人情報の取得や取り扱い等について明記し職員に周知しています。個人情報文書管理規定を整備し、所長が個人情報の取り扱い責任者です。個人ファイルは事務所の鍵つきの書庫に保管しています。PC上のデータはパスワードで管理し、USBにコピーできないようにし個人情報の漏洩防止を図っています。</p>		