

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> 法人の理念・基本方針はパンフレットやホームページに掲載しています。職員に対しては入職時の研修で「県央福祉会ハンドブック」や「倫理行動綱領」などを基に理念や基本方針を周知しています。入職後も各研修や会議等で繰り返し理解を深めるよう努めています。 利用者や家族への周知は、利用開始時にパンフレットを用いて説明していますが、内容の理解が不十分となっています。		

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。	a
<コメント> 法人内で毎月開催の「児童発達部会」に出席し、関連情報を入手しています。市自立支援協議会や地域関係機関との各種会議から、社会福祉全体の動向や地域福祉計画、潜在的利用者に関するデータ等を把握しています。また行政等からの情報により地域の特徴や変化、福祉ニーズを把握に努めています。 利用者の推移や利用率、職員の残業状況等は毎月事務員がまとめ、所長や部会長、職員との会議で分析を行い改善に向けて対策を検討しています。半期毎(9月、3月)に事業報告を行い職員にも周知しています。		
【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> 執行役員も参加する療育会議にて経営分析を行い、利用率や人件費、経費等の支出の把握に努めています。法人が半期に1度発行する広報誌(レジオン・ヴィヴィ)にて収支を公表しています。有資格の専門職が主となっているため対応困難なケースを受け入れることが多くなっています。 利用者や利用率の増加が課題となっています。利用者を増やすためには財源や人的資源が必要となるため、現場の創意工夫だけでは具体的な取り組みに向かうことが困難となっています。		

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>法人において中期計画(2014～2019年度)の策定をしていますが、2019年度からの中期計画は現在策定中となっています。</p> <p>法人の中長期計画案を基に事業所としての取り組みは検討され実行に向けた動きとなっていますが、実際の作成はまだ行われていません。</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>センターではありませんが、法人の中長期計画を基に、前年度の事業計画の評価、執行状況を踏まえ単年度の事業計画が作成されています。その内容は、法人の理念や基本方針に基づき、重点課題及び、権利擁護と人間尊重主義、実施運営、業務、研修、会議、社会貢献・地域貢献等となっており、実現可能で具体的なものとなっています。計画に基づき運営や活動に取り組んでいます。</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・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画の策定は前年度の計画の反省、評価を基に、職員会議等で集められた職員の意見も反映し作成されています。事業計画は職員会議や法人内のネットワークシステムにより周知されていますが、職員全員の理解や認識は十分ではありません。</p> <p>事業計画は事業報告書、予算・決算書、重点課題の達成状況等を基に評価・見直しを行っています。</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。	c
<p><コメント></p> <p>事業計画の全体は、利用者や家族には周知されていません。事業計画のうち、日常的な活動や業務、家族に向けた研修等については口頭で説明しています。</p> <p>毎月のプログラムはグループに応じて月の予定の配布や、数回分のプログラムを子供が立て家族に配布されています。また、「WANTS通信」を発行し、個別支援計画の見直しや新入職員の紹介、家族への書類提出の依頼等を掲載しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>業務の遂行や福祉サービスの質の向上に向け、主任の指導の基、PDCAサイクルを実施しています。年に1回自己評価を行い、その結果は法人のホームページで誰でも閲覧できるようになっています。</p> <p>自己評価の結果は運営会議にて分析・検討・課題の抽出を行い、改善に向けての取り組みを行っています。第三者評価も受審しています。</p>		
【9】	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。	b
<p><コメント></p> <p>自己評価等の評価結果を分析し、課題を抽出しています。職員会議で改善策を検討し、事業計画に反映しています。改善策の実施状況について年度末に振り返りを行い、更なる見直しも細かく行っていますが、見直しを行った会議録や見直しの内容について文書化されていません。</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】	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
<p><コメント></p> <p>法人作成の職務権限や運営規定に管理者の職務内容が明記されています。管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行っています。事業所の従業員に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行うようにしていますが、不在が多く徹底が不十分となっています。</p> <p>管理者は複数の事業所を兼任のため、不在時は必要によって常勤職員で対応することとなっています。</p>		
【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
<p><コメント></p> <p>管理者は、制度変更や障害者福祉法、児童福祉法等の社会福祉関係法令、順守すべき法令を十分理解するために、各種研修や行政の集団指導講習に参加しています。</p> <p>報酬改定や法令改正等についても常に新しい知識と情報を把握できるよう努めています。その情報等を職員会議や朝・夕のミーティング等で職員に周知しています。</p> <p>環境への配慮としては、利用者も参加し廃油で石鹸を作ったり、業務内での印刷に裏紙を使う等の工夫をしています。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
【12】	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
<p><コメント></p> <p>管理者は毎月の職員会議や朝・夕のミーティング等でサービスの現状を把握しています。課題に対し管理者・所長は、改善策を検討し職員の指導にあたっていますが、組織的、具体的に欠けています。</p> <p>個別支援計画に基づき6ヶ月に1度モニタリングを行い、管理者も関わり課題や改善点を確認し、利用者や家族の意向を踏まえ、その後の計画の作成を行っています。福祉サービスの質の向上に向け、法人内での研修の他に外部研修への参加も推奨しています。研修参加費や資格取得についての支援も行っています。</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>管理者は毎月開催される職員会議や毎月作成する試算表にて当センターの業務や財務状況を把握しています。また、人員や業務内容等の確認・把握並びに適切な人員配置や業務分担等の見直しを行い、職員の働きやすい環境整備を心がけていますが、センターのみでは改善の取組み限界があり、法人の協力を必要とする課題もあります。</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。	a
<p><コメント></p> <p>常勤職員は法人人事部で採用しています。非常勤職員は事業所で募集しエリアマネージャーが面談を行い採用しています。</p> <p>入職時の研修で「行動倫理綱領」「職員ハンドブック」「人権擁護マニュアル」等に基き法人の理念、組織の職員としての基本、法令遵守や人権の尊重等を学んでいます。その後も各種法令や支援技術等について、法人内部だけでなく、外部研修にも積極的に参加し、学習できる仕組みとなっています。</p>		
【15】	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>法人の基準による人事評価制度があります。チャレンジシートによる自己目標の設定を行い、目標の達成状況や専門性、職務遂行能力、成果、貢献度等について、所長と面談を行い評価を行っています。職員処遇の改善の必要性等を評価・分析するための取組は行われていません。</p> <p>法人の経営理念の実現に向けた「期待される職員像」が明示されています。職員の働く意欲の向上を図るため、年に1度、職員の意向調査(異動や将来何をしたいか)及び満足度調査等が行われています。</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>職員の出勤や残業、有給休暇の取得等の勤務状況はICカードを利用し管理しています。職員の健康管理については年に1回法人内のクリニックで行っています。また年に2回メンタルチェックを行い、職員が希望すれば法人内のカウンセラーに相談することができる体制となっています。改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画反映には至っていません。</p> <p>法人の福利厚生として、慶弔制度や野球の観戦チケット等の特典があります。年に1度の意向調査や職員アンケート等の実施により働きやすい職場環境の整備に取り組んでいます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人の経営理念の実現に向けた「期待される職員像」が明示されています。職員がチャレンジシートに目標や目標達成のための具体的な取り組み、目標期限等を記載しています。</p> <p>チャレンジシートの内容については、目標設定時や中間、期末の各時期に管理者と面談を行い、自己評価及び目標達成状況の確認をしています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人の理念や基本方針に基づき「期待される職員像」については事業計画や職員ハンドブックにも明示され、入社時やその後も研修が行われています。法人の研修委員会が示す年間研修計画による全体研修、エリア別研修、専門職種別等の研修が計画、実施されています。</p> <p>研修については事業報告書にも実施状況が記載されています。研修計画は1年毎に作成されますが、半年で見直し、必要があれば修正を行っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>職員には専門性が求められ、入社時に資格保有が基本となっています。職員の専門資格や知識、技術等についてはプロフィールシートを作成し、PC入力し法人のネットワークで管理しています。</p> <p>法人の研修体制は、階層別研修や専門分会研修、各種研修、フォローアップ研修等を位置付けている他、外部研修の情報も周知し受講費用の補助する等、個々の職員の専門性の担保や技術の向上に取り組んでいます。新人職員には経験のある職員によってOJTを行っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスに関わる専門職の人材育成の観点から実習生の受け入れをしています。毎年近隣の大学より、保育士や幼稚園教諭の資格取得の学習課程の実習を行っています。</p> <p>法人作成の実習生受け入れマニュアルを基にオリエンテーションを行い期間や目的等を明確にしていますが、指導者に対する研修は行っていません。実習内容やプログラムの作成については学校側と密に連携し、専門性等も配慮し決定しています。</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>理念や基本方針、事業計画・事業報告、予算・決算等の情報を法人のホームページにて公開しています。第三者評価の受審や毎年の自己評価の結果を半期ごとに発行の広報誌(レジオン・ヴィヴィ)にも掲載しています。</p> <p>苦情や相談の対応については、「苦情対応マニュアル」に沿って対応し、規定のフォーマットに記載しています。内容はパソコンで管理し法人内で共有しています。法人の理念や基本方針を地域に周知するため、行政や相談支援事業所、同業他社等にパンフレットや広報誌(レジオン・ヴィヴィ)を配布しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人による財務についての諸規定が整備されており、経理マニュアル、契約マニュアル等に沿った事業所の運営、管理を行っています。</p> <p>年に1回、法人本部による内部監査の実施があり、事業所の経理状況の確認や評価・指導等が行われています。法人自体は、外部監査法人に依頼し監査を受けています。法人の職務権限規程により職務分掌や権限・責任は明確にされ、職員に周知されています。</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>利用者の特性や希望等により日常的な活動性が拡大するよう個別支援計画に位置付け支援しています。地域の人々と利用者との交流の機会には定期的には行われていません。</p> <p>図書館へ行き、希望の本を自分で借りたり、希望の商品を自ら選んで買い物や飲食などが、個別に段階を経て実現ができるよう細かく支援しています。PCの利用や交通機関の利用の練習についても個別の能力に合わせ、利用の実現を目指して支援しています。</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><コメント></p> <p>事業計画には、社会貢献や地域貢献について示されています。</p> <p>ボランティアの受け入れマニュアルの整備はありません。施設や利用者の特性上、個人情報保護等の観点からボランティアの受け入れを現在は行っていません。利用者が通う学校とは、先生が来所したり、事業所から学校へ訪問して情報交換等は密に行われています。</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>地域の行政や学校、幼稚園、保育園、医療機関、子ども110番等関係機関の住所・連絡先等をリスト化し、職員に周知されています。特に必要な関係機関の情報については職員会議等であらためて周知・共有しています。</p> <p>地域の関係機関・団体と連携できる適切な関係を大切にしています。「自立支援協議会児童部会」等の会議に参加し、情報の共有、事例や課題の解決に向けた取り組みを行っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>大和市が開催する「自立支援協議会」等の会議に参加し、行政や他の児童発達支援事業所と地域の福祉ニーズや生活課題等を共有し課題解決に向けての取り組みを行っています。把握した福祉ニーズに基づき、今後の地域の利用者の動向を推察し事業計画等に盛り込んでいます。地域住民との積極的な交流活動等は行われていません。</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>今年度の事業計画に社会貢献・地域貢献の取り組みについて示されています。事業所独自の取り組みとしては、赤い羽根共同募金等への参画、人材育成の観点からは大学等からの実習生の受け入れの継続を挙げています。福祉施設が有する福祉のノウハウや専門的な情報を、積極的に地域に還元する取組は今後の課題となっています。</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
<p><コメント></p> <p>職員に、入職時、法人作成のハンドブックや倫理行動綱領を配布しています。またこれを教材にした研修で、法人の理念や基本方針等を職員に周知・共有を図っています。</p> <p>サービスの提供にあたってはサービス毎のマニュアルによって標準的な実施方法が示されています。マニュアルなどに改定があった場合は職員会議等で読み合わせを行うなど周知しています。</p> <p>法人内の人権委員会が開催する研修会で職員は基本的人権の尊重や虐待等についても学んでいます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>着替えやおむつ交換では、人目に付かない場所や個室に必ず移動して対応しています。配布物については、配布先の誤りがないように細心の注意をし、複数のチェックや記号でミスが生じないようにしています。</p> <p>利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等については、法人が定める「倫理行動綱領、職員倫理行動マニュアル」等に明示しています。職員に対して研修や会議を通してプライバシー保護の周知徹底を行っています。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針、サービス内容や施設の特徴を記載したパンフレットを行政窓口や相談支援事業所等に配布、配置しています。パンフレットは分かりやすい言葉や図を使用し理解しやすく工夫されています。</p> <p>利用者の特性や年齢に応じた対応を行う施設のため、見学のみでの対応はしていませんが、あらかじめ面談を行いニーズの聴取をしたうえで見学或いは待機をしていただいています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>サービスの開始・変更時には、パンフレットや重要事項説明書、契約書等を用いて、サービス内容や職員体制、第三者委員等について説明し、書面にて同意を得ています。</p> <p>契約や支援内容の変更時は、作成し直した重要事項説明書や個別支援計画書等を用い口頭にて変更箇所を説明し、書面で同意を得ています。利用者は子どもが対象ですので、保護者に対する説明が中心です。</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。	b
<p><コメント></p> <p>サービス事業所の変更等について文書化はされていませんが、必要時には移行事業所にフェイスシートやサービスの記録を用い伝達しています。相談支援事業所と協力し不利益やサービス内容の著しい変更とならないよう配慮しています。また、サービス終了後においても担当者が窓口となり、利用者や家族が相談できる体制を整えています。こちらも説明は口頭のみで文書化はされていません。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
【33】	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>年に1度書面による利用者アンケート調査を行い利用者の満足度やニーズの把握をし、運営会議にて具体的な対応策を検討しています。相談や面接でも満足度の把握は行っています。アンケート結果の分析に家族の参画はありません。アンケートの結果を基に担当者を中心とした職員会議等でサービス内容の見直しをはかっています。</p> <p>個別支援計画書の更新・変更時には利用者・家族との面談も行っています。利用者会や家族会は設置されていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>これまでに苦情として挙がって来た声や苦情解決の仕組みを運用した例が今までにありません。利用者の要望や声、提案の日常的な発信に今後とも気を配りながら、ニーズのすくい上げを行っていく考えで臨んでいます。</p> <p>苦情解決に関する規則により記録・報告・公表等の仕組みが整備されています。利用開始時に重要事項説明書により利用者・家族に苦情解決の体制について周知しています。施設の玄関にも苦情対応について書面を掲示し周知をはかっています。事業所内に設置されているご意見箱に入れられた意見や要望や提案についてはその都度対応していますが、利用者や家族等に配慮したうえでの公表は行っていません。</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。	a
<p><コメント></p> <p>基本的には担当職員に相談をするようになっていますが、利用者・家族はどの職員に対しても相談や意見を述べたりできる旨を広報誌等に掲載し周知しています。</p> <p>家族からの相談がなくとも職員から声をかけ意見や要望を確認しています。他者に聞かれない相談ごとがあれば、電話や人目につかないスペースにて対応しています。</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>利用者や家族が意見を述べたり相談がしやすいよう環境整備を心がけています。担当職員を中心に利用者や家族に声をかける他、ご意見箱の設置や毎年アンケートを実施し、意見や要望、相談ごとを収集しています。</p> <p>意見や要望については職員会議等で共有、検討し、サービスの質の向上に向けて対応していますがマニュアルの整備がありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>感染症や事故対応についてのマニュアルが整備され、実際に起こった事故や感染症等について職員会議や毎日のミーティング等で共有されています。法人に設置されるリスクマネジメント委員会では法人内事業所からあげられた「ヒヤリハットレポート」や「インシデントレポート」、「事故報告書」の内容を集約し共有をはかる他、対応策の検討、マニュアルの見直しや研修を行い再発防止に取り組んでいます。安全確保策の実施や効果について、定期的に評価・見直しを行っていません。</p>		

【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
<p><コメント></p> <p>法人作成の感染症マニュアルが整備され研修や職員会議等で周知されています。法人の研修の年間計画の中にも計画されています。マニュアルの内容は定期的に見直しを図っています。感染症発生時は家族にも周知していますが、勉強会などは実施していません。施設内の清掃や物品の消毒等にも注意し感染症の発生や拡大がないよう配慮しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>1年に2回以上地震や火災等各災害を想定した避難訓練を行い、職員の役割や連絡体制、避難場所等が明確化されています。職員間での安否確認はグループメールを利用することとなっています。</p> <p>利用者について、家族へ必要によってメール連絡を行うこととなっています。電話連絡等も利用して安否確認につとめる仕組みとなっています。地域や消防署、警察署と連携した訓練は行っていません。</p>		

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。	a
<p><コメント></p> <p>センターのリーフレットや運営規程等に提供するサービス内容等を明示しています。また法人が職員に配布の「職員ハンドブック」には各事業所で共通の主な業務について標準的な実施方法を掲載しています。</p> <p>センターにおける利用者の特性等を踏まえた「やまと発達支援センターWANTSマニュアル」を独自に作成しています。マニュアルには①療育関係、②インテーク・関連機関、③運営・事務関係について標準的な実施方法を定めています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法令に則った標準的な実施方法や、見直しの時期等がマニュアルで文章化されています。また職員会議の中で各グループや個別療育で上がった課題から必要によって見直しを行っています。</p> <p>個別支援計画は6ヶ月ごとに点検・評価を行い、保護者や本人の意見を反映して、必要によって見直しを行っています。「やまと発達支援センターWANTSマニュアル」については定期的に見直し、見直しを行っています。</p>		
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>個別支援計画は児童発達支援事業及び放課後デイサービス事業の法令に則って作成しています。保護者等に説明し、同意を受けて、交付を行っています。支援困難ケースは学校等の関連機関と連携し地域や全体で支える体制で臨んでいます。</p> <p>個別支援計画は利用者の生活の様子やコミュニケーション、生活スケジュール等を内容とするアセスメント票を参考に作成しています。計画策定するための部門を横断した関係職員の合議、利用者の意向把握などを含んだ手順は定められていません。アセスメントは、他の機関や当センターでの検査(K式、WISC-IV方式、田中ビネー)を用いて行っています。</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>前期・後期で各々個別計画を作成し、その前後で必ず保護者・本人からのモニタリングを行っています。モニタリングでは計画の実効性を検証し、達成度をパーセントで表示しています。個別支援計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関しては、法令に則って実施しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>日々の実施状況や電話の通話内容、相談事業所からの情報等について細かなことも記録しています。放課後デイサービスに関してはクラウドを活用し、パソコンで記録を行っていますが組織的な情報共有には至っていません。またクラウドには、情報保護のためアクセスやUSB制限がかかっています。</p> <p>児童発達支援に関しては、手書きで記録・管理しています。職員によって記録内容や書き方について職員間で話し合うなどを行い、差が生ずることのないように努めています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用開始時に家族等へ個人情報の提供する範囲や提供先等の取り扱いについて説明し、書面で同意書を得ています。個人情報の取り扱いは、法人の「個人情報保護規程」等に基づいて、個人情報の収集及び管理、利用・提供、開示等について厳正に行っています。</p> <p>記録の管理について個人情報の観点から職員は、入職時に研修・指導を受けていますが、その後の研修は行われていません。また事業所においても情報の管理について一層の啓発・徹底に努めています。</p>		