

## 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・方針に沿い、事業所は理念「利用者が地域の中で生き生きと暮らせるよう家族支援を含むサービスを提供する」などを明確にしています。理念などはホームページやパンフレットに記載し、事業所の玄関フロアに掲示しています。 職員は研修や会議で折に触れて理解を深め、日常の業務に反映しています。利用者や家族に対してはサービス開始時に説明し、理解を深めてもらっています。		

#### 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> 法人の会議や行政、地域関係機関の各種会議から、社会福祉事業全体の動向や地域福祉計画をはじめ各種の福祉に関わる計画について把握しています。児童相談所が行う重症心身障害児連絡会(以下重心連絡会)に参加して、行政、支援学校、相談支援事業所等からの情報で地域の特徴や変化、福祉ニーズを把握しています。 半期に1度福祉サービスのコスト分析や利用者の推移、利用率の分析を行っています。		
【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。	a
<コメント> 周辺地域の現状や経営分析を行い、課題を把握しています。重症心身障がい児者を抱えている家族のニーズには入浴支援、放課後支援、高度医療ケアへの支援、送迎支援があります。 家族や地域のニーズを解決するために、財源や人的資源に配慮しています。現場の創意工夫だけでは難しい面もあり、解決に向けて事業所の容量検討や法人・事業所では具体的なプランに向けて取り組みを始めています。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としての中期計画(2014~2019年度)を策定していますが、昨年度で終了しています。2019年度からの中期計画は現在策定中です。</p> <p>法人としての中期計画の策定後に事業所としての取り組みになります。中・長期へ取り組みの青写真は代表者や幹部に伝えられ、実働に向けて開始していますが、具体的な書面として作成されていません。今後の事業の目標や方向性を明確にした中長期計画の策定が期待されます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度事業計画については、法人の中期計画を反映すると共に前年度の事業計画の評価・反省を踏まえて作成されています。</p> <p>内容として、重点目標、事業所としてユニークで独創的な取り組み、運営、業務、活動日数、研修、会議、社会・地域貢献等となっており、実行に向けて具体的なものになっています。数値目標や成果は半期に1度確認して見直しています。</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・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の作成は代表が行い、管理者により半期毎の事業報告書、予算・決算書をベースに評価、見直しを行っています。事業計画は職員会議で提示されていますが、作成にかかわっておらず十分な理解が得られていません。職員会議及び支援会議、毎日のミーティングを開き、日々の業務の連絡や調整、情報交換を行っています。事業計画の内容について議事録からは職員の意見交換は見られません。</p> <p>事業計画の作成に職員の参画を行い、意見や提案の反映が期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画のうち日常的な活動や業務については利用者には口頭で伝えています。家族に対しては、連絡帳や送迎時に口頭で伝えています。広報誌等での書面による周知はされていません。</p> <p>今後は年間スケジュール等のお知らせや事業の概略等について利用者・家族へ紙面や説明の機会を設け、事業所の活動に対して理解を得ることがを期待されます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業についての業務の遂行や福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを組織的に実施しています。公的機関発行の「自己点検シート」を使い職員間で自己評価を行っています。また、今回福祉サービス第三者評価を受けるにあたり、自己評価を担当者を中心に実施しました。保護者に向けてサービスに関するアンケートを実施しています。職員会議で評価結果を分析・検討し、今後の取り組みに活かす方針です。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自己評価や保護者向けのアンケートについては評価結果を分析し、課題を把握し、職員間で共有しています。また、保護者アンケートは、一人ひとりの要望を個別ファイルに収め、日々の支援に活用しています。自己評価や第三者評価の結果から、今後事業所として検討する課題が明確になり、法人の力を借りながら、改善に向けた取り組みを開始しています。始めたばかりのため、改善策などの実施状況の評価を実施することや改善計画の見直しを行っていません。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営規定や重要事項説明書に管理者の役割を明記していますが、代表の役割は記載されていません。事業所の代表が事業計画を作成し、事業の目的や方針を明記し計画を立案していますが、管理者は誰であるかも明確ではありません。現在、エリアマネージャーと現場の支援課長が相談しながら管理者として現場の統率や事業の推進を図っております。日常業務はスムーズに進行していますが、問題発生時や改善を行うために、代表および管理者の明確な役割や役職名などの明記が期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は障害者福祉法、児童福祉法等の社会福祉関係法令をはじめ、遵守すべき法令を十分に理解しています。職員は法人が実施している虐待や身体拘束等の人権研修やコンプライアンス研修を受けています。エリアマネージャーは法人全体の新人非常勤職員に向けた研修の講師を務めています。また、環境や災害、交通安全等の法令を把握し、安全な送迎や防災への取り組みを実施しています。</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。	a
<コメント> 職員会議や支援会議を毎月実施し、管理者はサービスの現状を把握しています。また、半期ごとに財務や業務の評価及び分析を行っています。 管理者は入浴や医療的ケア、送迎等のサービスが適切に行われるよう施設内の環境整備を行っています。更に、職員の業務への負担を軽減すべく看護師や運転担当の非常勤職員の増員を図るなど具体的な取り組みを行っています。		
【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> 管理者は事業所の財務や業務の状況を常に把握しています。医療的ケアの必要な利用者に向けて取組に十分な指導力を発揮しています。 看護師の増員や職員の業務の軽減を図るために非常勤運転手を2名採用するなど職員の働きやすい環境を整備しています。利用者・家族の要望及び行政や地域の関係機関との連携から地域の情報や実態を把握し、重症心身障害児・者とその家族に向けた新規の多機能型障害者施設の増設に向けて取り組んでいます。		

## 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
<コメント> 常勤職員は法人人事部が採用し、非常勤職員は事業所で募集・採用を行っています。医療的なケアを必要とする施設であり、医師や看護師、精神保健福祉士、介護士など常勤職員は全員有資格者を配置しています。 医療と福祉のバランス、プライバシー対応に配慮し男女比のバランスの取れた配置です。法人研修委員会が実施の研修や外部の医療的ケア支援者研修を受講するなど専門的な養成を行っています。		
【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> 法人による一定の基準に基づく人事評価制度があります。目標管理制度により、専門性や職務遂行能力、成果や貢献度について、職員と上司の面談により、評価しています。 経営理念の実現に向けた「期待される職員像」が明示され、研修委員会による法人全職員に向けた研修が毎年実施されています。人事管理に関する取り組みが行われていますが、職員への周知を図り、モチベーションを高めることが期待されます。		
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。	a
<コメント> 職員の出勤や休暇、残業についてはICカードを使用し、PC上のソフトで管理しています。職員の健康管理や安全性の確保については健康診断やメンタルチェックを行い、カウンセラーに相談できます。 法人に福利厚生会があり、慶弔制度や娯楽施設の利用チケット等を得られる特典があります。夏休みは5日、有給休暇は年最低5日以上は取っています。職員の意向調査やアンケート等を実施し、働きやすい職場づくりに取り組んでいます。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事評価制度の一環として目標管理制度があり、年に3回職員と上司が面談を行っています。面接では評価表チャレンジシートに目標を記載し、目標達成のための具体的な取り組みやスケジュールを記載しています。</p> <p>1回目は目標設定面接、2回目は途中経過を確認する中間面接、3回目は自己評価を行い、評価者と面接し、目標達成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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理想とする職員像を具体的に示し、研修や育成が行われています。法人の研修委員会により、毎年年間研修計画が提示されています。</p> <p>全体研修を始めとして等級、地域別、専門性に分かれて必要な研修が実施されており、全職員が受講しています。外部研修では、骨折のリスク管理や医療ケアなど専門性を高める研修実践報告会などに参加しています。</p> <p>研修内容の情報共有と徹底のために、研修後の報告書の提出や評価・振り返りが期待されます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>医療的なケアを必要とする重症心身障害児へのサービスを行う事業所であり、職員には専門性が求められ、入職時や配置では資格保有が基本になります。</p> <p>新人職員に対しては経験のある職員が付き安全性に配慮し、OJTを行っています。職種別、階層別、テーマ別の内部や外部の研修に参加し、新しい知識や技術を磨き、サービスの質を高める努力をしています。職員全員が教育や研修の場に参加できるシフトを組み、受講しています。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としては実習生マニュアルを整備して受け入れ態勢を取っています。事業所としてのマニュアルを整備や受け入れ態勢を取っていません。実習生の受け入れ実績もありません。</p> <p>全国でも数少ない専門性の高い施設として、実習生を受け入れて貢献する活動が期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人のホームページに理念・基本方針、事業計画・報告、決算・予算を掲示し、情報を公開しています。昨年開設した事業所のホームページには理念や方針、活動内容、入所の手続き等を載せ、利用希望者に分かりやすいものにしています。</p> <p>苦情解決制度については玄関フロアやパンフレット、重要事項説明書に載せ、利用者に伝えています。パンフレットは行政や病院、支援学校、相談支援事業所等に配付しています。</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
<コメント> 法人による財務に関する諸規定が整備され、それに従い事業所の運営及び管理を行っています。法人本部から事業所への内部監査が実施されており、適正に経理が処理されているか評価や確認があります。今回は経理上は適正である評価を受けましたが、会議の記録の整理についてアドバイスを受けました。法人は外部監査法人に依頼し監査を受けています。		

#### 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
<コメント> 地域との関りについては、利用者のサービス選択の範囲を広げること、社会の信頼を得られる行動をすることを基本にし、文書化しています。地域のお祭りなど地域情報を利用者に提供しています。 地域の図書館や公園の散歩など職員と一緒に掛かっています。安全性について防災訓練などを地域の方々と一緒にすることはありません。地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けていません。買い物や通院に関しては、個々の利用者のニーズに応じて対応しています。		
【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> 法人ではボランティアの受け入れマニュアルなどを整備しています。事業所では、施設の特性上ボランティアの受け入れ態勢を整備しておらず実績もありません。		
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。	b
<コメント> 地域の関係機関や団体の住所や電話番号を書いたリストは職員間で共有しています。利用者各人に向けた担当者会議及び相談支援事業所が行うモニタリングには、事業所、訪問看護ステーション、病院、居宅介護支援、放課後デイ、学校等の職員が参加し支援について検討しています。 「重心連絡会議」へ参加し、共通の課題に向けた検討や情報交換を行っています。利用者へのアフターケアとして、事業所の利用を公開しています。		
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
<コメント> 児童相談所主催の重心連絡会や学校見学会、相談支援事業所のモニタリング等の各種会合に参加し、地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めています。地域には重度心身障害児・者を受け入れる施設が少なく、家族に多くの負担がかかっています。 法人及び事業所内では、家族への負担軽減を図り、地域の福祉向上を目指して重症心身障害児・者を受け入れる多機能型の福祉施設の開設に向けて、取り組みを進めています。		

【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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>今年度の事業計画では、医療・福祉・保健の専門職が関わる地域貢献活動として、昨年へ引き続き地域で高齢者を見守る「みまも大和」のネットワーク活動に寄与しています。法人では地域貢献活動を積極的に展開し、海外への支援や国内では県社協事業「かながわライフサポート事業」に参加し、寿町での生活困窮者に向けた炊き出しを行っています。</p> <p>法人の協力により「県央福祉社会貢献活動推進プロジェクト」を立ち上げています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>常勤・非常勤とも入職時に倫理行動要領を配布するとともに、法人の理念や基本方針を研修にて、利用者を尊重する姿勢について周知しています。サービス提供においては利用者それぞれの対応方法等をマニュアル化しいつでも同じサービス提供ができるようになっています。</p> <p>法人の人権委員会が行う人権研修にて基本的人権の尊重について学んでいます。グレーゾーンと分類の難しい利用者の支援に対してはチェックリストを作成し慎重に対応しています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入職時に職員ハンドブック・行動倫理要領を配布し内容を研修で伝えています。法人作成のプライバシー保護マニュアルに沿ってサービス提供をおこなっています。</p> <p>プライバシーに配慮し入浴や排泄は同性介助としています。トイレや浴室にはドアやカーテンを設置し、プライバシー保護に配慮しています。プライバシー保護について重要事項説明書にて説明し承諾を得ています。またホームページにも掲載して周知をはかっています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念や基本方針、サービス内容や施設の特徴を紹介したパンフレットを役所や学校、相談支援事業所に置く他、ホームページでも情報が得られるようにしています。</p> <p>パンフレットは分かりやすい内容と写真等、目で確認できるように工夫しています。パンフレットやホームページの内容はサービス内容の変更時等にデザインも含めて見直しています。利用希望者には施設の見学や資料を使いサービス内容や施設の設備について説明を丁寧に行っています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの開始時には、法人の規定により作成された重要事項説明書・契約書に於いてよりサービス内容や施設について説明をし、同意を得ています。また、変更時には作成し直した重要事項説明書を基に分かりやすく口頭でも説明し同意を得ています。</p> <p>パンフレットや料金表は見やすく工夫されています。意思決定が困難な利用者については保護者等が確認し、重要事項説明書や契約書への署名も代行する仕組みとなっています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>同サービス他事業所への変更や併用については、サービス内容や対応に大きな差が生じないよう連絡や支援相談員を交えた担当者会議等にて情報を共有しています。他施設等への移行について所定の文書は定めていませんが、個別記録を送付したり必要があれば移行施設等に向き状況を伝えています。</p> <p>サービス終了以降も副管理者を窓口として相談できる仕組みはありますが明文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 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年に1回は面談、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ていますが、利用者会や家族会は設置されていません。</p> <p>アンケート調査の結果をもとに職員会議等で検討しサービス内容の見直し等を図っていますが、利用者の参画はありません。利用回数や入浴、送迎についての希望が多く、常に検討し希望に沿った公平な利用が可能となるよう改善しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の仕組みが整備され、重要事項説明書にて契約時に説明するとともにパンフレットの掲載、玄関にもその内容(苦情解決責任者・担当者・第三者委員)を掲示しています。</p> <p>これまで苦情はほぼなく、苦情記入についてのポスト等の設置はありません。職員は利用の意向や希望等直接聞いた内容を所定の書式に記載しています。</p> <p>苦情などは職員会議等にて検討し、すみやかに利用者や家族にフィードバックしています。内容の公表はしていません。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者や保護者が相談・意見を述べる際、管理者を中心にどの職員でも対応はできる体制となっています。相談・意見を述べる仕組みを利用者などに伝える書面はなく、掲示もしておらず口頭のみとなっています。</p> <p>第三者委員の連絡先は重要事項説明書と玄関に掲示をしています。他者に聞かれたくない相談事等については事務室にて対応する等プライバシー保護に配慮した対応としています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>意見箱の設置はありませんが、サービス提供時はもちろん、送迎時においても保護者等が相談等述べやすいよう配慮しています。相談への対応方法は事業所内で統一されていますがマニュアルの整備はありません。</p> <p>また、利用者などへのアンケートの実施により意見の収集もはかっています。相談内容や意見は職員会議等で検討し迅速に質の向上につながるよう対応しています。その対応に時間がかかる際は相談者に対しその旨を説明しています。</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。	b
<コメント> 事故や感染症等についてのマニュアルは整備され職員会議や毎日のミーティング等で周知しています。リスクマネジメントに関する責任者の明確化(リスクマネジャーの選任・配置)、委員会設置するなどの体制は法人で行っており事業所内では決めていません。 法人に設置したリスクマネジメント委員会は「ヒヤリハットレポート」「インシデントレポート」「事故報告書」等の報告に基づきそれぞれの対応策を検討しマニュアルの見直しや研修等もおこない再発防止につとめています。		
【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> 医師も関わり主な感染症ごとにマニュアルを作成し研修等で周知しています。内容は定期的に見直しています。感染症発生時には施設内のみならず家庭や学校とも連携をはかり対応しています。保護者に対しては主な感染症や出席停止・再開の基準等を一覧にて示し、利用のしおりで説明し周知しています。 施設内での対応手順は決まっていますが、責任と役割を明記した管理体制は書面にはなっていません。		
【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> 地震や火災・豪雨等災害ごとのマニュアルが整備されており、職員の役割や連絡体制、避難誘導、安否確認の方法等も明確化されています。 避難訓練は9月と3月の年に2回行っており、避難場所や移動方法等の確認もされています。宿泊施設ではないこともあり備蓄品は水のみで書面等での管理はしていません。法人内部の施設連携はありますが、消防署・役所等と連携した訓練は施設では行っていません。		

### 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> 重要事項説明書や運営規定、パンフレット等に標準的なサービス内容が記載されています。また入職時に法人職員ハンドブックが配布され、それに基づき人権の尊重やプライバシー保護等も含めた研修もおこなわれています。 標準的なサービスの実施の確認について、日々のミーティングや指導により確認をしていますが記録等にはしていません。		
【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> 福祉サービスの標準的な実施方法について必要時や利用者・職員等の意見があった際に職員会議等で見直すことはしています。文書化により時期や方法を決めて必要な見直しを組織的に実施できるようになっていません。 個別支援計画の作成については、利用開始時と毎年書き換える利用者ごとのプロフィールシート(障害状態・服薬・健康面・食事・ADLや好きな事・嫌いな事等)も踏まえ、おこなっています。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の作成が必須ではないため現時点では作成していません。アセスメントシート及び個別支援計画に準ずるプロフィールシートを基に、全ての利用者の状態や希望に合ったサービスを心掛けています。</p> <p>健康状態、医療ケア、日常生活、趣味嗜好等は日々細かく記録し職員間で情報を共有しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の作成が必須ではないため、個別支援計画を作成していません。個別支援計画での見直しがありませんが、支援内容の見直しをし必要時に利用者・保護者・職員間で話し合い変更をする仕組みがあります。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>既定のプロフィールシートに利用者の基本情報、健康状況、医療ケア、日常生活などについて記録し情報共有をはかっています。</p> <p>記録についての言い回しや文章については記入者ごとに差が出ないように入職時、また業務内で気になることを職員会議等で検討し統一化をはかっています。記録については法人のネットワークシステムにより記録の共有化ができています。個別支援計画の作成が必須ではないため、個別支援計画を作成していません。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>文書や情報の収集・管理・保護・開示等について個人情報保護規定を基とした法人の文書管理マニュアルに規定されており、入職時やその後の研修で職員に周知されています。プロフィールシートをはじめとした各書類は個人ファイルにまとめ鍵付きの書庫に保管し、基本的には持ち出し厳禁としています。書庫の鍵は管理者が管理しています。</p> <p>利用契約時に医療機関や福祉サービス利用時等を利用目的とした個人情報使用同意書を説明し署名押印をもらっています。施設で使用するパソコンにはパスワードが設定され、外部のUSBも使用できないようアクセス制限があります。</p>		