

## 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> 基本理念・基本方針は玄関を入った正面に掲示し、ホームページにも掲載し、事業計画に明示されています。また職員会議等で職員への周知を行い、目指す方向性を示しつつ事業展開を行っています。職員会議等で周知状況を確認し、継続的な取り組みをされています。ご家族にはわかりやすい資料を基に家族会で説明をしています。		

#### 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> 社会福祉事業に関する動向における研修会への積極的な参加、関係機関との連絡会議などに参加し、動向や地域の課題の把握をしています。課題などを運営会議で検討周知し、毎月の運営会議で確認していますが、具体的な対応を行うための部門会議を行っている。経営状況の分析状況について毎月の運営会議において実施しています。		
【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> 運営会議において時宜に合わせた検討を行い、課題や問題点を抽出して現状分析を行っており。理事会・評議員会で役員との共有もしています。職員には、運営会議事録をとおして職員会議などで報告し、取り組みについては時宜に対応しています。		

#### 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
<コメント> 中長期ビジョンは指定管理者制度の下での事業運営であるため、時宜によっては数年の範囲での目標となりがちですが毎年度の事業計画に「中期目標」「長期目標」として定めています。運営会議において現状分析とその対応について検討を加えています。		

【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; 事業計画の策定においては中長期計画を含み策定しており、実行可能な計画になっています。また単なる「行事計画」ではなく実施状況の評価を行える内容になっています。計画通り進捗しているかを運営会議において確認し、課題があれば、見直しや改善を検討しています。また予算における数値目標を掲げ、具体的な数値の成果が確認できるように運営会議で共有し、現状において、どこの部門にどのような課題があるかを検討しています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt; 事業計画は各事業所ごとに職員参加により検討を加え、策定しています。予算との対比により進捗状況の確認を実施し、その成果を職員会議などで報告し、事業の変更点なども含めて運営会議、職員会議で周知しています。事業に変化や変更など課題が生じたときには、運営会議での検討、職員会議などでの検討を加えて対応しています。</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>&lt;コメント&gt; 「通園のしおり」を配布して説明会を実施して周知するほか、事業計画を玄関脇に掲示しています。家族会において時宜に合わせてた課題などの説明を実施し、必要に応じて資料の配布も行っています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画を作成するため、個人面談、個別支援計画確認日を年3回実施し、家族の希望や取り組むべき課題を明確化しています。自己評価は原則として毎月1回理事長と園長及び各事業の管理者などによる運営会議において実施しています。職員参加の自己点検も毎年実施しています。第三者評価は4回を受審しています。児童発達支援事業・放課後等デイサービス事業ともに毎年自己評価を実施し、評価結果、課題などを抽出して運営会議で検討分析をして事業運営に反映するように努めています。</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>&lt;コメント&gt; 管理者の役割と責任について管理規程により明確化し、各事業所に閲覧用規程集を配置して職員が確認できるように配慮しています。管理者としての責務などの表明は職員会議、法人全体職員会議などでその都度実施しています。</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】	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>管理者の役割と責任について管理規程により明確化し、各事業所に閲覧用規程集を配置して職員が確認できるように配慮しています。管理者としての責務などの表明は職員会議、法人全体職員会議などでその都度実施しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、遵守すべき法令に則った研修会へ積極的に参加し、法令など理解し求められる法令等を遵守しています。利害関係者とは、理事会を含んで適正な関係を保持しています。神奈川県知的障害福祉協会の総務委員・人権委員を法人として選任してその役割を担うなど、可及的速やかに情報を得て、対応できる体制を整えています。遵守すべき課題が明確化した時点で諸規程の改廃を実施し、理事会はもとより職員に周知しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営会議において質の向上について検討を加えており、改善に伴う具体的な取り組みについて主任会議や正職会議に諮り、検討を加え、改善を図る取り組みを行っています。職員会議を設定したり、意向調査などを通して意見を反映する仕組みを設け、改善した項目も多々あります。安全衛生委員会、虐待防止委員会、事故防止委員会等の委員会を通して取り組んでいます。研修に参加させることで職員の教育・研修を図っています。自己研鑽の意欲を高めるために自主研修補助の制度を設けています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営会議において分析し、必要の都度部会を設置して人事、労務、財務について分析し検討しています。職場環境の整備などは安全衛生委員会に提起して改善に向け取り組んでいます。そのために必要な会議や委員会を構築し意識形成の取り組みをし、自らも参画しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉人材の確保・計画は指定管理企画書の中に「職員採用の考え方」「人員配置の考え方」「求める人材」「人材育成の考え方」が明示されており、計画に基づいての人材の雇用や育成に向け取り組んでいます。また広報活動やホームページの活用、求人広告、ハロワークへの求人依頼そして実習生の受け入れ等種々の採用活動もしています。</p>		

【15】	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>採用職員基準・人事考課において期待する職員像等は明確にしています。昇格・昇給基準が定められており、職員の意向調査や面談を実施しています。処遇水準について、運営会議などで定例的に検討し、意向調査に基づいて、改善や見直しを行っています。また自らの将来の姿が見える化できる体制づくりの検討を考慮し具体化を図るため、令和2年度から職員の常勤化や勤務時間の短縮を実行しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>責任体制は明確にされ、定期的な個別面談が実施されています。主任、サービス管理責任者による個別面談実施、急を要するな場合には職員の就業に関する意見、意向の把握、確認に努めています。メンタル部分で専門職との相談機会を設け、迅速な対応をしています。また、事業計画の策定や人員配置において職員の意見や意向を反映しています。誕生日休暇創設、永続勤務休暇付与、空気清浄機設置、腰痛ベルト導入、送迎車増車取り組みなどが提案され、具体的に反映、実施しています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>求める職員像を明確に示しており、研修担当者を配置し年間計画に基づいて研修を行っています。職員全体での勉強会を講師を迎え定期的に行っています。外部研修は階層別あるいは利用者の特性に応じた研修に参加しています。また、他市の通所施設での会議等の場で情報交換を行なっています。研修報告書ファイルは事務所内にあり、自由に閲覧できます。研修参加職員による報告会と研修会を行っています。毎年1回意向調査を行い、目標を確認して取り組み状況や目標の把握を行っています。</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>求める人物像として法人人事考課及び採用基準にも明示し、指定管理企画提案書にも明示しています。年度の研修計画に基づいて実施し、評価は研修報告書及び研修報告会において実施しています。全体職員会議は毎年度時宜に応じた課題によって研修会を実施しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>資格一覧表を作成しており、意向調査における面談や支援時状況により研修の希望も聞いています。臨床心理士による各種勉強会に出席して学ぶとともに、職員研修報告会、日々のグループ別反省会において実施し、階層別・職種別研修は、神奈川県社会福祉協議会主催の研修会など外部団体が主催する研修会に積極的に参加する体制を整えています。個々の資質に応じた、また、必要な資格を得るための研修会の参加などに自主研修補助として経費の軽減を図るよう取り組んでいます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生指導担当職員を配置し、指導要領に基き、受け入れを行っています。学校との日程調整、健康状況の把握、本人との実習前オリエンテーション(概要説明、諸注意、見学等)を実施し、実習のねらいを事前に明確にし、実習に望むよう留意しています。実習については、事前に職員会議などにおいて担当クラスやグループを決定し、実習生が日々の目標を明確化して、取り組めるよう、実習当日には職員1人が実習生の担当として付き指導を行っています。</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。	b
<コメント> ホームページをリニューアルし、必要とされる情報の開示を行い、今後求められる情報について追加して取り組んでいます。第三者評価や苦情や相談における体制の公表とともに内容についても開示しています。運営協議会において説明するほか鶴間地区民生委員・児童委員協議会が実施する「ふれ愛のつどい」など各種団体が訪問した折に、基本方針やビジョンを明示し、説明しています。広報しらかしを毎年4回程度発行して利用者中心に配布し、ホームページに掲載しています。		
【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> 経理規程が整備されており、管理規程・業務分担表と合わせて権限・責任が明確になっており職員に周知もしています。内部統制として経理伝票は複数でチェックし、新規業者や新規物品の購入に際しては、稟議書等でチェックしています。一定の額以上は理事長まで決済の上実行しています。財務管理を外部税理士に委託しており、アドバイスを受けて経営改善を実施しています。		

### 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> 地域との関わりについては基本理念に明記してあり、社会資源や地域の情報を収集した折には、掲示板や広報誌などを通して周知しています。交流保育となかよし交流などで地域交流を促進しています。松風園まつりにおいては利用者が地域の小中学校生徒と協力して催しに取り組んでいます。グループホームなどを利用する利用者のみならず、在宅で休日の余暇を充実させるために、移動支援の積極的活用を促しています。		
【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。	b
<コメント> ボランティア担当の職員を配置し、受入要領に基き、ボランティア活動が活発に行われるよう環境整備を図っています。利用者支援と送迎添乗、地域の音楽活動をするボランティアなどを受け入れています。プールの借り入れに伴う交流と成人を祝う会での地域の事業所や養護学校との密な連携を実施しています。地域の中学校の職場体験を実施しています。ボランティアに対しては、オリエンテーション時に研修を実施しています。		
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> 関係機関住所録が作成され、必要に応じ有効活用をしています。また、他施設の概要についての資料が保存されています。神奈川県内公立障害者通園施設・通園事業連絡協議会定例会に参加し、情報交換や意見交換、講演会の受講や他の事業所との連携を図っています。心身障害児者保育研究会、神奈川県知的障害福祉協会発達支援部会通所連絡会に参加しています。その他、神奈川県総合療育相談センター早期療育事業・巡回リハ(特別訓練会)と連携しています。		
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。	b

<b>&lt;コメント&gt;</b>		
運営委員会において各事業所から提案された課題や運営委員会から提案された課題などがあればその都度検討して実施の可否を検討しています。各種関係機関の会議に参加しています。自立支援協議会からのニーズに応じた取り組み、大和市障害施設災害対策連絡会での意見をもとに防災フェアの開催など地域との災害対策の課題に取り組んでいます。		
<b>【27】</b>	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
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
自閉症療育講座・地域生活支援公開講座・臨床心理士による勉強会を実施しています。事業計画に具体的な地域貢献活動を明示しています。また中学校の職員・生徒に対する講演もしています。地域の社会福祉法人と連携して障害者施設の災害時の連絡体制を整え、勉強会の開催や防災フェアの開催を通して、事業所の防災・災害意識の向上や当事者、家族の防災・災害意識を高めるとともに、防災用品の紹介を行い災害対策として、防災用品・防災保存食などの備蓄を行っています。		

### 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。		
<b>【28】</b>	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。	b
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
人権マニュアルが作成されており、人権研修を外部講師を招き毎年1回実施しています。外部研修会参加者による職員会議での報告、さらに人権に関わる事案の報道を、朝夕の申し送りで速やかに、また資料を配布して注意喚起を行うなど人権擁護に関する意識の周知徹底を図っています。「神奈川県東地区オンブスマンネットワーク」による面談を毎月1回実施しています。「あおぞら宣言」を全職員に配布し、個別支援計画における検討会で毎回読み合わせをし人権擁護について周知しています。		
<b>【29】</b>	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。	b
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
「人権マニュアル」「個人情報保護規程」を整備し、一人ひとりの特性や個性に応じ、安全で安心して過ごせる場所を設定するようにしています。個別支援計画書や連絡票、個人に関する情報のある文書などは個別に家族に手渡しています。また、看護師が対応をする場合についても極力、遮断した空間で対応するよう心がけています。実習生が入るときには、実習前のオリエンテーションにて、園内で知りえた個人情報を外部に漏らさないという誓約書を提出してもらっています。		
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。		
<b>【30】</b>	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
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
玄関正面に理念及び基本方針、契約書・重要事項説明書を掲示し、事業所の概要を玄関脇カウンターに常備しています。カラー刷りパンフレットを用意し、お渡しています。ホームページにより情報提供して定期的に、また新規情報提供の都度更新を行っています。パンフレットは簡易に、ホームページは分かり易く表示するよう配慮しています。関係団体との事業説明会に参加し、情報を提供しています。また利用希望者については、一定期間の実習を実施して、事業内容の確認や説明を利用者やご家族、関連団体との間で緊密に連携して取り組んでいます。		

【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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個々の状況の確認(家族が望む本人像、健康状態の変化や家庭環境の変化など)に即応して、支援内容、支援方法の変更、改善について意見を求め、情報を共有し、家族及び意思表出が可能な利用者と事前に個人面談を実施し、そこで話し合われた内容を基に、職員参加のケース検討会議により話し合った結果をふまえ、個別支援計画を作成し同意を得ています。意思表出が難しい利用者に対しては、相談支援事業所、関係機関、家族の参加する担当者会議を行い、受け入れ方法について検討しています。</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>移行先やご家庭に対して、相談支援事業所と連携してサービスの継続性を考慮した引継ぎを実施しています。契約書に契約終了後の援助を定め、相談方法や担当者について説明しています。相談支援事業所と連携して移行先の事業所との間で相互に訪問して利用者の利用状況の引継ぎを行い、介助確認票など必要な書類を定め、提供しています。情報提供など必要最低限の情報開示及び資料提供は予め、また、都度都度、利用者・ご家族の同意を得ています。</p>		
Ⅲ-1-(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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年間2回作成する個別支援計画の事前個人面談や事後個人面談、毎月の家族会、年1回のグループ別懇談会、年1回の家族懇談会(希望による)などの場で情報交換等を実施しています。家庭訪問は、健康面等の心身の状況の変化、家族の心身の状況の変化があった場合に実施しています。</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>苦情の申し出は入園(所)時での説明、契約書時、家族会などで周知しています。ポスターを掲示し、苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員を明示し、かながわ福祉サービス運営適正化委員会の連絡先「苦情解決に関する規程」を掲示しています。玄関に意見箱を設置し、匿名での受け付けを随時し、郵便での受け付けも周知しています。苦情申立者と別室で、時間を十分に確保し適切かつ迅速に対応しています。家族会主催の「園に対する意見・要望」の場があり、意見・要望が提出されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用開始時、「支援計画書」により意見要望の場について周知しています。家族会などの機会に、家庭や園の状況の確認を行っています。家族が高齢化するのに伴い、障がい者を抱える家庭において、兄弟(姉妹)が親に代わって支援を担う役割を持つことも念頭に、兄弟(姉妹)支援も重要な課題であり、相談支援専門員を配置した相談支援事業所を設置しているほか、相談を担当できる職員を配置しています。</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>利用者やご家族からの相談や意見に対しては随時受け付けております。個別に相談場所を確保し傾聴に努めています。意見箱は研修室及び玄関脇に設置しているほか、郵送での受付も周知しています。年1回の自己評価時のアンケートや意見・要望書を提出してもらっています。事業所ごとに担当職員が集い、速やかに検討を行い、迅速な対応をしています。意見に基づき個別支援計画などに反映するように努め、「通園のしおり」やを更新して対応するようにしています。</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> 事故防止マニュアル・危機管理対応マニュアル・不審者進入時の危機対応マニュアル、個人情報保護規程、医療的ケアマニュアル、感染症マニュアルが作成されており、事故発生やヒヤリハットが発生した場合には、速やかに対応するとともに夕の引継ぎなどで速やかに周知しています。様々な緊急事故への対応や緊急連絡体制が明示されています。緊急時対応一覧には個々の症状、対処方法、初期連絡先、搬送先が記載され速やかな対応がとれるようになっています。		
【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> 安全衛生委員会を中心として責任と役割を明確とした管理体制をとっています。感染症マニュアルを作成し、保健担当者会議や必要の都度会議に参加して勉強会や委員会を実施しています。新型コロナウイルス対策のため、非接触型検温器を事業所に配布しています。日々の体調確認については、登園後に看護師による視診聴診を行い全身観察を行っています。感染症が発生した場合には、感染症マニュアルに基づいて迅速に対応しています。		
【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。	b
<コメント> 消防計画に避難方法及び内外への連絡方法についての明示し、緊急時の連絡方法としてジャクエツメールを導入して、一斉送信する取り組みをしています。災害時緊急マニュアルで防災管理の適正を期し、指定避難場所の役割を担えるようバリアフリー化、食料の備蓄や簡易トイレを確保しています。利用者と家族は毎月防災・避難・消火訓練を実施し、通報訓練を定期的に、緊急招集訓練を年1回実施しています。救命講習会を受講しています。(AED:自動体外式除細動器)も設置しています。大和市障がい施設災害対策連絡会を発足し、災害対策の情報共有や意見交換、勉強会をしています。		

### 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。	a
<コメント> 標準的な実施方法は、利用契約書、重要事項説明書、「通園のしおり」に記載されています。毎月実施される法人勉強会や職員研修報告会を通して、周知徹底の取り組みを行っています。個別支援計画検討会議などを通して確認しています。		
【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> 事前・事後面談により利用者と家族の希望や今取り組むべき課題を確認し個別支援計画作成しています。個別支援計画は、心身の変化や環境の変化などに相応するため、見直しています。また効果的に実行するため、家庭と園で情報の共有・収集を行っています。緊急時や課題に応じて、家族との面談を行い必要な情報の収集や支援内容を確認して適切な対応が行えるように配慮しています。		



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>サービス管理責任者中心にアセスメントに基づく個別支援計画策定しています。関係する職員及びご家族、相談支援事業所相談員に参画してもらい実施しています。内容の確認は、日々の支援の中で確認を行ったり、毎月の家族会やモニタリングの時期に確認を行う仕組みを構築し、機能しています。利用者の障がい特性について、家族からの情報提供を基本とし事前に協議し、必要があれば主治医との面談を経て、指示書と家族の意向に沿って、個別支援計画を作成し家族の同意を得て受け入れています。</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>個別支援計画の見直しについては事業計画「支援の方針」に文書化してあり緊急時に変更する仕組みは利用契約書、重要事項説明書に記載し、手順に則って実施するように整備しています。サービス向上に関わる課題等も明示されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>身体状況や生活状況などは、統一した書式に基づいて把握し記録しています。個別支援計画に基づき日々の記録を作成しています。記録要領についての指導は、サービス管理責任者とともに各クラス、各グループ責任者が確認し指導しています。各グループ会議やケース会議、支援検討会議を通して的確に行われています。記録ファイルの回覧により情報を共有しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「社会福祉法人大和しらかし会個人情報保護規程」により、保有する個人情報の取り扱いについての基本的事項を定め、管理運営規程・利用契約書・就業規則・雇用契約書などに守秘義務について定めています。関係書類およびパソコンは各自で保管せず、鍵の掛かる書庫に保管し、鍵の管理は管理職が行うなど個人情報が安全に管理されています情報提供については、事前に家族などから同意を得て、必要最低限の情報の提供にとどめています。</p>		