

第三者評価結果

事業所名：湘南北部療育センター

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><コメント> 法人の理念、基本方針、使命などは、事業所内の文章や掲示物は勿論のこと、パンフレットやホームページにも明記しています。入職時には、組織の一員としての規則や規定、職員の行動指針、期待する職員像が明記されたハンドブックを全職員に配布し、新年度や定例会で確認を行い、日常の支援に反映しています。利用者や家族には、重要事項説明書、保護者との交流時やお知らせなどで周知しています。現在、より充実した情報を発信するために事業所のホームページを刷新中です。</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><コメント> 藤沢市や管轄地域のグループ長による発達支援会、相談支援会、放課後デイ連絡会などに参加し、社会福祉全体の動向や地域の福祉ニーズを共有しています。管理者は令和2年度より、藤沢市発達障害地域支援会の委員として活動しています。通年は、経営環境を把握し、経営コストや利用者の推移、利用率などの分析をしていますが、コロナ禍で先の読みにくい社会情勢での分析が十分に行えていないとしています。</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><コメント> 経営環境やサービス内容について、具体的な課題や問題点を定期的に分析し、法人の地域グループ長会や関連部署の会議で事業所の運営状況を共有しています。職員への周知は、職員会議や資料配布で説明し、課題解決にむけた具体的な取組を検討しています。最近では経営のマイナスからプラスに向けて利用者増加の検討や新たなプログラムの導入を進めていますが、まだ十分ではないとしています。</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。	b
<p><コメント> 理念や基本方針の実現に向けた中・長期的なビジョンは、法人が策定しています。法人のビジョンに沿って事業所としての計画を行っていますが、経営改善や見直しまでには、至っていません。今後は、数値目標や具体的な成果などを独自に設定し、実現可能なビジョンを策定していきたいとしています。</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。	b
<p><コメント> 中・長期の内容を反映した単年度の事業計画を策定しています。支援サービス（児童発達支援事業・放課後デイサービス事業）それぞれに今年度の重点目標を掲げていますが、数値目標や具体的な成果の設定、実施状況の評価が行える内容にはなっていません。事業所は、半期毎に反省と見直しを検討する機会を設け、次に繋げていきたいとしています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画は、年度末や年度初めに職員会議で前年度の評価を行い、職員の意見なども反映し、策定しています。計画の浸透を図るために毎月の定例会議で確認をしていますが、更に事業計画の実施状況を半年毎に、職員参画で確認していきたいとしています。</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。	c
<p><コメント></p> <p>事業計画全体の内容を利用者や家族に周知していません。事業所の支援サービスが、個別支援重視のため、支援に関連する事業計画の内容は、個々に説明をしています。家族会がない為、一堂に会しての説明会は行っていません。今後は、掲示や資料配布で事業計画の情報を周知し、家族の理解を得ていきたいとしています。</p>	

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
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの質の向上に関する一連のPDCAサイクル（計画策定⇒計画実施⇒実施状況の評価⇒計画の見直し⇒必要に応じて計画の変更）は、個別支援計画、支援プログラム作成などには、継続的な取組として機能していますが、事業所全体の福祉サービスにおいて、計画的な実施、評価後の分析、分析内容の検討までの一連の仕組みが十分ではありません。福祉サービス全体において質の向上に向けた仕組みが期待されます。</p>	
【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。	b
<p><コメント></p> <p>定例会や年度末の報告から課題や改善点などを分析した結果を文書化しています。課題は職員参画で作成しますが、具体的、計画的な改善策や見直しなどを行う仕組みが十分に機能していません。評価結果の具体的な課題や改善の取組などが、単年度の報告・計画などに反映されることが望まれます。</p>	

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
<p><コメント></p> <p>管理者は事業所の経営や管理に関する方針や取組、役割と責務などを職員会議などで伝えています。職員の業務分担表や運営規定に主たる職務について記載はありますが、組織構成を明確にした職務分掌は作成されていません。また、広報誌などに管理者としての役割と責務の記載は、冊子の一部には見られますが、十分とは言えません。有事における不在時の権限委任は、通常の会議や避難訓練時に周知しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>管理者は遵守すべき法令を十分に理解し、正しく認識しています。法人内外の研修や勉強会に参加し、利害関係者との適正な関係も保持しています。法令改正などにより、運営に影響のある場合は、情報などを収集し、スムーズに移行できるように対応をしています。法人の倫理綱領や倫理行動マニュアルが整備されており、職員研修や職員会議で守るべき法令の理解を深めています。</p>	

(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>

管理者はサービスの質の現状について定期的に評価分析を行っています。現場第一を念頭に置き、マンネリ化を防ぐために活動プログラムの内容や運営方針に変化をつけるなど、全体的な取組に参加し、指導しています。また、職員の意思疎通を図るために職員同士のランチミーティングを行い、意見交換や雑談も交えるなど、話しやすい環境づくりに努めています。防犯灯や車両ガードのポールの設置、消毒液や掃除のルーティンなどは、職員からの意見を反映しています。職員の専門的なレベルアップに向けて法人内外の研修予定リストが作成されており、能力に合わせた研修を照会し、参加などを推奨していますが、まだ、十分ではないとしています。

【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。

b

<コメント>

事業所の人事、労務、財務などの分析は定期的に行っています。分析結果により、適材適所を踏まえた人員の配置、職員の環境整備などを定例会議や常勤会議で説明し、提案をしています。常勤・非常勤に関わらず、事業所の方向性や現況について漏れのないように同様の意識統一を図っています。しかし、経営の改善や業務の実行性を高める組織内の体制は、十分ではなく、改善の余地があるとしています。

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>

人材の確保・定着に関する計画は確立しています。法人が一括して行っていますが、非常勤採用については、事業所が法人の方針に沿って行っています。知的障がい児・発達障がい児を対象としている事業所では、臨床心理士、言語聴覚士、社会福祉士、児童指導員、保育士など、専門的な職員らで構成されています。職員の育成については、本人希望の研修や必須的な研修に参加し、職員自身の質の向上を図ることができます。外部へのボランティア活動により、人材確保に繋がっていますが、まだ、十分ではないとしています。

【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>

「期待する職員像」は、職員に配布されるハンドブックに明文化されています。人事基準は、法人策定の就業規則に定められており、個別面談や会議で周知しています。人事基準に基づいた専門性や職務遂行能力、成果、貢献度など、人事考課で評価しています。職員は将来的な希望をいつでも相談することが出来、助言や指導を受けながら個々の能力向上に繋がっています。レベルアップできる仕組みはできていますが、事業所では、まだ、十分ではないとしています。

(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>

労務管理の責任体制を明確にしています。職員の有給休暇の取得状況や時間外のデータを定期的に確認しています。「心のサポート相談室」では、キャリアやメンタルについての悩みを相談することができます。また、職員の「家庭を第一」とする考えから勤続5年で3日間のリフレッシュ休暇、勤続10年で7日、20年・30年で14日取得できる永年勤続休暇があります。100%近い職員が休暇を取得するなど、ワークバランスに配慮した取組を行っています。日常的に職員とのコミュニケーションや個別面談で思いや課題を共有し、より働きやすい環境に繋げる取組を行っています。

(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。	a

<コメント>
法人の「期待する職員像」が明確にされており、採用年数、階級別研修による職員一人ひとりの目標管理を整えています。個別面談や日々の交流から個々の目標が設定され、目標の項目、水準、期限などを具体的に作成し、取り組んでいます。管理者は中間で面接を行い、進捗状況や達成度などの確認と助言、指導を行っています。

【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。	a
--	---

<コメント>
法人の研修規定に、職員の研修方針、並びに「現場を強くする」を目標にした職員の教育・研修制度が確立され、体系的な計画が明文化されています。法人内外の研修に参加できる環境が整備されており、職員は必要な、または希望する研修に積極的に参加することができます。今年度の事業計画書には、発達障がい児、知的障がい児など、特別なニーズを必要としている子どもや家族をより理解できる研修の参加を重視しています。

【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。	a
--	---

<コメント>
職員全員の専門資格の取得状況を把握しています。法人の階層別研修、専門的な研修や外部研修などにも参加し、専門的な知識や技術支援に応じた教育・研修を実施しています。また、新任職員にはOJT制度を取り入れ、標準的な実施方法をマンツーマンで学ぶことができます。研修の情報は、能力に合わせた研修を照会し、参加を推奨しています。

(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。	a

<コメント>
実習生受け入れの基本姿勢を明文化しています。事業所は、次世代の福祉人材の育成や研修の場を積極的に提供しています。実習生受け入れのマニュアルを整備し、事前に、実施するプログラムを職員に指導しています。また、養成校では、「障害」について学習時間を増やし、理解を深め、実践に取り組んでもらっています。事業所では、オリエンテーションを入念に行い、実習目的に合わせた、より効果的なプログラムを策定し、養成校との連携を取りながら行っています。日々の実習終了後には、職員と意見交換を行い、疑問や振り返りを行います。

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>
法人のホームページには、理念、基本方針、各事業所の福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報を公表しています。また、第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や改善・対応などを公表しています。苦情に関しての内容は公表していません。法人の特色ある実践・活動を市役所や福祉関連のインターネット上に掲載していますが、地域に向けた広報誌や活動情報などは発信していません。今後は、地域への理解を深め、社会貢献活動を重視していきたくとしています。

【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>
事業所における事務、経理、取引関連のルールは明確にしていますが、職務分掌と権限・責任が明文化されていません。法人による内部監査や外部の監査支援なども定期的実施され、指導・助言を受けていますが、今年度から事業所として全体的な経営の数値化を行い、具体的に運営・経営が可視化できるようにしています。

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
<p>【23】 II-4-(1)-① 利用者との交流を広げるための取組を行っている。</p>	b
<p><コメント> 地域交流の基本的な考え方は、法人の基本方針の一つに「地域との共生をめざします」と掲げています。地域の情報や社会資源の活用について事業所に掲示し、パンフレットやチラシなどを置いています。地域行事への参加支援は行っていません。支援活動の一環として、買い物や公共施設への外出を行っていますが、事業所の地域交流は十分ではなく、今後は、地域との交流を広げ、利用者の活動範囲やQOLを高める支援を行っていきたくとしています。</p>	
<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。</p>	a
<p><コメント> ボランティア受け入れのマニュアルを整備しています。受け入れや学校教育への協力について、基本姿勢を明文化しています。事前にオリエンテーションを行い、障害施設における注意事項などを入念に説明しています。障害施設関係者、学校教師やホームページ閲覧の方からボランティアの希望があり、随時受け付けています。今後は、事業所発信でボランティアの推進や啓蒙活動を強化していきたくとしています。</p>	
<p>(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>	
<p>【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。</p>	b
<p><コメント> 地域の他機関と連携を図っていますが、利用者個々に対応する他機関や団体の連携やリスト化は行っていません。事業所として連携が必要な児童相談所や保健所、福祉事務所、病院、学校などの情報は、職員間で共有しています。管理者は、定期的に藤沢市内の発達障害地域支会議の委員や放課後デイ支援連絡会、児童発達支援連絡会に参加し、藤沢市内における共通の課題・問題解決に向けて協議しています。</p>	
<p>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>	
<p>【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。</p>	b
<p><コメント> 地域の福祉ニーズの把握、理解を深めるために、藤沢市子ども家庭課主催の児童発達支援事業所連絡会や民間団体主催の放課後デイ支援事業者連絡会、市の障がい者支援課主催の藤沢市発達障害地域支援会議などの会合に参加し、協力体制を築いていますが、地元住民との交流活動は不十分です。今後は、地域社会での貢献活動を積極的に行うことが必要だとしています。</p>	
<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。</p>	b
<p><コメント> 各連絡協議会などで把握した地域の福祉ニーズなどから事業所として活動できる具体策を検討しています。被災時における地域支援として、事業所が「地域防災拠点」とした取組を現在申請中です。地域での公益的な取組が十分ではありませんが、今後は積極的に行っていきたくとしています。</p>	

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
<p>【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。</p>	a
<p><コメント> 法人の理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っています。職員は「職員倫理行動要綱」と「マニュアル」が利用者支援の根幹であり、最も重要な指針であることを理解し、毎月の職員会議で読み込み、話し合い、理解を深めています。利用者や家族との日々の会話や個別面談を通じて、利用者の思いに近づける様取り組んでいます。毎月のケース会議では個々の利用者毎に、利用者尊重の観点から福祉サービス内容を検討し、利用者に寄り添った支援に繋がっています。</p>	
<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>	a
<p><コメント> 利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した「職員倫理行動マニュアル」や「職員ハンドブック」が整備され、職員への研修によりその理解が図られています。日々の支援の場面では、男女別のグループ編成を取り入れたり、未就学児グループの児童の着替えや、トイレの支援では同性の職員による支援を原則としています。着替えの場所も男女で分けるなどプライバシーに配慮した取組を行っています。</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>	b
<p><コメント> 事業所の案内は、福祉サービスの内容や各事業所の特性等を紹介した藤沢市作成のパンフレットにより、公共施設など多くの方が入手できる場所に置いています。また、茅ヶ崎市には、基本方針や実施する福祉サービスの内容を紹介した事業所独自のパンフレットを市役所に配置していますが、配布先が限られている現状です。施設見学は随時事業所内の見学や、グループ療育の体験利用を実施しています。事業所の雰囲気を感じてもらい、家族には面談で詳しく説明し、施設での療育のイメージにつながるよう丁寧な説明を心がけています。</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>	a
<p><コメント> サービスの利用開始時は、重要事項説明書、利用契約書などを通じて、丁寧にわかりやすく説明するよう心がけています。サービスの変更時は未就学児の場合は、利用時には毎回家族が同行し参加していますので、家族にわかりやすく説明し、同意を得ています。放課後等デイサービスグループの場合は書面にて家族に連絡し、わかりやすい説明に努めて同意を得るようにしています。</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>	b
<p><コメント> 他の事業所への移行に際しては、利用者・家族の要請に応じて、サービスの継続性に配慮し、引継ぎ文書を作成しています。必要に応じて家族、学校、行政、移行先の事業所などとケースカンファレンスを行い、スムーズな移行に向けて配慮し支援しています。事業所では移行に際しての手順や、引継ぎ文書の規定、書式はありません。福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族に対して、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡しています。</p>	

(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

<コメント>

利用者のニーズの把握や満足度に関するアンケート調査は毎年事業所独自に年度末の3月に実施しています。結果は本部が集計し、ホームページで公開しています。利用者や家族からのご意見に対しても、本部から一括して回答しています。事業所としてはアンケート結果の公表や、寄せられたご意見の回答などは実施出来ていませんが、結果を基に改善点や新たなプログラムの検討などを図っています。懇談会や家族会はこれまで実施していませんが、利用者、家族とのコミュニケーション強化に向けて開催を検討しています。

(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

<コメント>

苦情解決の体制が整備されています。苦情受付は管理者と相談員1名が担当者として設置されています。解決責任者は同じ法人グループの「モンド湘南」施設長が担当しています。第三者委員2名と合わせ、これらの体制は利用者や保護者に対して重要事項説明書や利用契約書に記載し、丁寧に説明しています。また、事業所内に常に掲示しています。寄せられた苦情に対しては即日対応し、利用者や家族に必ずフィードバックして早期に信頼回復を図っていますが、公表する仕組みは出来ていません。

【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>

利用者や家族には重要事項説明書などで説明し、相談したり意見を述べることが出来ることを伝えています。利用者からは日々の支援活動の中で、意見や希望を聞くよう配慮しています。「利用者さんの声」ボックスも設置して利用者、家族に周知し、声が寄せられた時はいつでも話を聞く場を設け対応していますが、気軽に相談し意見が述べられる環境づくりにやや不十分さを感じています。今後、更に利用者、家族が相談や意見を述べやすいよう日々の支援面談時などで丁寧に説明し、周知に努めて行く意向です。

【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>

職員は、利用者や家族が来所した時は、玄関、廊下で出迎えて会話し、日々の福祉サービスの提供の場においても、相談や意見を聞き取るよう配慮しています。利用者は新入職員に対しては遠慮されるケースが懸念されるので、組織的に対応しています。「利用者さんの声」ボックスの設置や、年1回のアンケート調査などで今後の希望などを聞いています。利用者や家族の意見で未就学児グループの読み聞かせの時の机の配置を、全員が本が見えるように変更し改善した事例もあります。利用者への対応マニュアルの見直しは行われていません。

(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。

a

<コメント>

リスクマネジメント体制は法人内の危機管理対策本部によって責任者の明確化など体制が構築され、事故発生時の対応と安全確保について、責任、手順(マニュアル)などを明確にしています。放課後等デイサービスグループでは、外出、買い物活動に際しては熱中症指数を確認し、必要に応じて車を利用するなどの対策を取っています。危機予測の打ち合わせを実施しています。毎日実施している午後の職員打ち合わせで、他害行為に対し職員の立ち位置をシュミレーションし、事故防止に繋げた事例など、きめ細かな支援を実施しています。

【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。

b

<コメント>

法人の危機管理対策本部作成の感染症マニュアルや食中毒、嘔吐物処理マニュアルが整備され、毎月の職員会議で職員に周知徹底されています。担当者は予防に努めた確認作業を日々励行しています。嘔吐物処理については、日頃から処理用のバケツがセットされ準備されています。感染症予防と発生時の対応マニュアルについては、事業所としての独自の取組は特に実施されておらず、マニュアルについて定期的な見直しは行っていません。

<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。</p>	b
--	---

<コメント>

年間2回大地震を想定した訓練を実施しています。緊急時の退避経路や緊急連絡体制などの整備を継続して見直し、更新しています。法人の安否確認システムを利用して、メールで利用者や家族の安否確認が出来る体制が確立しています。防災対策備品はリストにより管理されていますが、まだ完全ではない備品があり、今後整備し職員に周知徹底する予定です。訓練に際して、自治会、消防署などとの連携が実施できていません。また火災時の非難経路について課題があり、屋上の活用など今後の検討が期待されます。

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
<p>【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。</p>	a

<コメント>

標準的な実施方法を理解するために法人策定の「県央福祉倫理行動マニュアル（児童版）」、「職員ハンドブック」に職員としての目指す支援や方向性を明文化しています。法人内外の研修を行い、利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護などの理解を深めています。標準的な実施方法を基に個別の支援計画が作成され、個々のアセスメント、モニタリングを重ねながら今に即した支援を実施しています。実施方法が適切に行われているか評価・確認する仕組みが整えられています。

<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>	b
---	---

<コメント>

個別支援計画の実施方法は、定期的に検証・見直しが行われていますが、福祉サービス全体の検証・見直しの時期や方法は、法人本部で行われています。法人の見直しに基づいた実施方法を定例会、部署別会議などで職員間で検討し、利用者の今に即した支援計画に反映しています。

(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>【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>	b

<コメント>

児童発達支援管理責任者が個別支援計画を策定しています。利用者や家族の希望する日常生活、課題などを把握するフェイスシート（プロフィール）やアセスメント（必要な支援）シートに基づき、各部門の関係者の意見を反映した個別支援計画を策定します。見直しが必要な場合は、課題の把握・検討・改善（モニタリング）を重ね、利用者の今に即した支援に繋がります。基本的に実施状況の評価を半年に1回以上行い、必要に応じて計画を変更しています。支援困難ケースの対応も同じ手順で行います。専門的に担当職員達と協議を重ね、より適切な支援を行っていますが、事業所ではまだ十分ではないとしています。

<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。</p>	b
--	---

<コメント>

個別支援計画の見直しは、決められた手順で行われています。変更がある場合は、定例会議や療育別会議で内容を確認し、見直しをしていますが、事業所では、個々のニーズに応じた支援が、まだ、十分ではないと考えています。今後はさらに利用者の現状把握に努め、個々に即した支援に努めていきたいとしています。

(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	
<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>	a

<コメント>

利用者の身体状況や生活状況は定められた記録ソフトに記録しています。常勤・非常勤職員に関わらず、実施された記録を確認できるように共有しています。記録作成に差異がないように指導が行われています。職員全員に伝える情報や一部に伝える情報など、情報伝達の分別は的確に行われています。記録された情報は、1ヶ月毎にまとめ、個別支援計画に沿った支援が実施されたかを確認し、必要に応じてケースカンファレンスで検討しています。

【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

<コメント>

個人情報保護規定が策定されており、利用者の記録情報が外部に流出しないよう徹底した管理体制を築いています。記録管理の責任者は管理者が担っており、日々の資料や印刷物などの確認を行っています。常勤/非常勤職員はじめ、実習生やボランティアに個人情報保護規定について理解を深める研修を行っています。保護者には、個人情報取り扱いについて入所時に説明をし、情報の保持について重要事項説明書に明記しています。