

### 第三者評価結果

事業所名：横浜市東部地域療育センター

#### 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<br>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・センターのホームページを通じて、法人理念と4つのビジョン、センターの運営方針と基本的な考え方を明示して広く周知し、センター内の随所に掲示しています。理念・ビジョンは新人研修をはじめ、年度初めの全体研修を通じて全職員に説明し、理解浸透を図るほか、センターの運営方針についても所長から全職員に対して説明し、事業計画にも明示して認識の共有化に努めています。センターの運営方針をクレドカードにして全職員に配付し、名札と一緒に常時携帯することをルール化して、職員一人ひとりの自覚・行動化に繋げています。 |         |

##### 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<br>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>  |         |
| 法人として地域療育センターや小児療育相談センター、就労支援・援助センターなど、医療・福祉に係る広域的な事業を展開し、関係機関との連携を通じて障害福祉全体の動向を把握しています。横浜市神奈川区・鶴見区を主な管轄地域として、市・区の担当課と随時情報を共有するほか、横浜市地域療育センター長会議や横浜市地域療育センター連絡会等の専門会議への参加を通じて、療育全体の動向と最新の情報収集に努めています。相談件数や診療待機、通園の稼働状況等を統計・分析し、毎月の管理職会議等で検討・協議して事業運営に反映しています。 |         |
| 【3】 I-2-(1)-②<br>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>  |         |
| センターの設備・環境や人員体制、活動収支等の状況は、管理課で統計・分析し指標化するなど、経営課題を具体化し、主任会議等で共有・検討しています。法人本部には運営会議等で報告を行い、理事会や評議員会とも共有して中期経営計画や年度事業報告書に反映し、段階的な改善の取り組みを行っています。センターでも事業計画等に明示し、各種ミーティング等で全体周知しています。また、横浜市全体に係る課題については、横浜市及び他の療育センターの運営法人で構成される「横浜市療育センターあり方検討会」で提言し、認識を共有しています。 |         |

##### 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<br>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。   | a       |
| <コメント>   |         |
| 法人として2019～2023年度の5か年に亘る「第一期中期経営計画」を策定し、法人事業全体の方向性と各関連施設の現状評価と重点課題を明確化するほか、センター独自にも中期経営計画を策定し、サービスの質向上や経営改善、人材育成、リスク管理、地域貢献など5つの重点課題を明示しています。また、それぞれの重点課題の重要度別に、各課で取り組む具体的な行動計画を明文化し、5か年の各年度別に数値目標も併記してセンター全体で認識共有を図っています。横浜市への適時状況報告など連携強化にも尽力し、計画の実行性向上に努めています。法人や横浜市と協議を重ね、早期の実現に向けて取り組まれることが期待されます。 |         |
| 【5】 I-3-(1)-②<br>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       |
| <コメント>   |         |
| 年度ごとに事業計画書を策定し、医療福祉サービスの質向上や経営基盤の強化、職員の意欲と成長を支える組織作りなど、中期経営計画と連動した明確な施設目標を示しています。また、施設目標の実現に向けた当該年度の具体的な取り組み内容を、部門ごとに数値目標を併記して明確化し、職員間で共有化を図っています。事業計画の内容は、診療所や通園課、地域支援課など各課で開催するミーティングや会議等を通じて全職員に説明するとともに、書面での配布やセンター内共通のPCネットワークに掲載して周知し、センター全体で認識の共有化を図っています。                                      |         |

(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

<コメント>

診療や通園など、各課の会議やミーティング等を通じて各年度の実施事業を検証するほか、課ごとに改善策を踏まえた次年度の業務計画・運営計画を策定しています。各課の業務計画・運営計画は、主任会議や管理職会議等で協議・集約して課題を明確化し、中期経営計画の重点目標を統合してセンターの事業計画を策定する仕組みとしています。事業計画の内容は、素案の段階で一般職員にも回覧して意見を募り、さらなる改善のための追記・修正を加えて策定するプロセスを構築し、年度事業の精度と実効性を高めるとともに、全職員の認識強化にも繋げています。

【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。

a

<コメント>

センターの運営協議会を通じて、父母の会の代表である保護者に年度の事業計画・事業報告を配付し、詳しい内容説明を行っています。父母の会では、事業計画の内容を分かりやすくまとめた資料を作成し、保護者に配付して周知を図るほか、保護者の意見を集約した要望書を作成して、センターに提出する流れとなっています。積極的な情報発信とともに、保護者の意見・要望を積極的に取り入れ、センターの事業運営に反映される仕組みを構築しています。事業計画はホームページで公表しているほか、センターの各階に掲示も行っていきます。

#### 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。

a

<コメント>

課ごとに各年度の振り返りと次年度の目標設定を実施するほか、福祉相談室でも地域向け研修会や保育所・幼稚園等の巡回訪問に関するアンケート調査を行い、業務改善に反映しています。通園課や児童発達支援事業所では、毎年実施する保護者アンケートの結果を基に「事業所自己評価シート」に沿って自己評価を実施し、サービスの質向上と課題の改善に努めています。全体的な事業運営の内容は、前年度の状況を踏まえ主任会議や管理職会議で協議し次年度の事業計画に反映するなど、PDCAサイクルで改善を図る組織体制を確立しています。第三者評価の受審も定期的に行っています。

【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。

a

<コメント>

早期療育科や通園課、福祉相談室、「相談ルームいろは」、相談児童発達支援事業所など、各部門で利用者アンケートを実施し、主任会議で結果を精査・分析してセンター全体で課題を共有化しています。また、課ごとに開催するミーティングや各種委員会を通じて、各々の課題に対する対応を協議するほか、他職種で構成する各種委員会やプロジェクトチームを設置するなど、組織全体で改善に取り組む体制を構築しています。センター内に「あり方検討委員会」を発足し、障害児と保護者を取り巻く社会情勢や地域の実情を詳細に分析し、文書化して組織全体で認識の統一化を図っています。

## 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。

a

<コメント>

所長は年度当初の全体会を通じて、全職員に年度事業計画の内容や事業運営の方向性等について説明するほか、ホームページの挨拶や年度の事業概要に療育の方針や信条を掲載して自らの所信を表明しています。職務分掌や運営規定に管理者の職務内容、責任権限を明示するとともに、人事考課規程に職員の等級別職務グレードの一覧表を示し、職員間で認識の統一化を図っています。災害や事故発生時の対応マニュアルをはじめ、緊急連絡体制のフローチャートを策定し、有事の連絡体制と指示系統、管理職の不在時等の権限移譲を明確化しています。

【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

<コメント>

所長を法令遵守責任者に位置づけ、組織全体で法令遵守の徹底に努めています。個人情報保護や子どもの権利擁護、ハラスメントの禁止など、法人の各種規程に基づいて適正な対応を行うことを明文化しています。また、事務規程に基づき、関係機関との公平・公正な関係性確保にも努めています。組織全体の法令遵守の徹底に向け、行政通知や外部研修への参加など、法令遵守に関する最新情報を収集し、随時回覧や会議等で周知して全体共有を図るほか、全職員を対象に毎年全体研修を開催し、組織全体の意識向上と個々の職員の行動化を促しています。

(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<br>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>

所長は、児童精神科医として直接診療に携わり、医療・福祉サービスの状況を絶えず評価し質向上に努めるほか、センターの管理者として事業全体の改善に尽力しています。また、法人内外の様々な会合等への参加を通じて情報収集し、地域の療育ニーズを反映したサービスの提供に努力しています。センター内の各種会議・委員会に参画するほか、令和3年度からは、所長の発案で「TQMプロジェクト：利用者によりよいサービスのあり方を考える会」を発足し、職員の提案を検討して実務に活かす仕組みを構築するなど、自ら率先して業務改善に取り組んでいます。

|   |   |
|---|---|
| 【13】 II-1-(2)-②<br>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>

人事・労務・財務等の運営状況は管理課で統計・分析し、各課の管理者間で認識共有するほか、法人の運営会議等を通じて課題を明確化しています。横浜市全体で共有化が必要な課題は「横浜市療育センターあり方検討会」等で提言し、行政や他の療育センターの運営法人と対策を協議しています。運営課題は法人・センター各々の中期経営計画や事業計画等に反映し、主任会議等を通じてセンター全体に周知するほか、各課の年度目標等にも明示し業務実効性の向上を図っています。時間外労働の最少化や休暇取得推進など、労働環境の改善にも努力しています。

## 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<br>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>

横浜市の指定管理施設の基準に沿って職員を配置するほか、支援体制の充実化に向け法人独自に加配も行っています。療育の専門機関として医療・福祉の有資格者を必要数配置し、欠員がある場合は随時非常勤や派遣の職員雇用を実施するなど、必要人員の確保に努めています。ハローワークやウェブサイト等を活用して積極的に採用活動を推進するとともに、次代の福祉人材の確保・育成に向け、毎年定例で「青い鳥セミナー」を開催し、障害児者支援の基礎講座や業務内容等の紹介を行っています。一方、応募数の減少などから、令和3年11月現在、一部欠員が生じています。

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 【15】 II-2-(1)-②<br>総合的な人事管理が行われている。 | a |
|-------------------------------------|---|

<コメント>

法人として人事考課制度を導入し、公正な人事評価と計画的な人材育成を実施しています。人事考課規程に基づき、給与体系や昇降格基準を明示するとともに、人事考課シートを用いて職員ごとの年度目標と達成時期、行動計画を具体化し、意欲評定と能力評定、実績評価を組み入れた総合的な評価を行っています。毎年職員の意向調査を実施し、職員の職務希望等を聴取して意向把握に努めるほか、必要な助言や実務への反映を行っています。より専門性の高い知識・技術の指導を目的として、センター独自に専任職を設置するなど、職員のキャリアパス体制の構築にも力を入れています。

(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

|  |   |
|--|---|
| 【16】 II-2-(2)-①<br>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。 | b |
|--|---|

<コメント>

管理課を中心に労務管理を実施し、安全衛生委員会を毎月定例開催して職場環境の改善に努めています。法人内の各事業所にハラスメントの相談窓口を設置し、随時相談可能な体制を整備するとともに、産休取得や時短勤務等を積極的に承認するなど、ワーク・ライフ・バランスにも配慮しています。職員の意見を反映したユニフォームの購入や福祉車両の導入など、職員のモチベーション向上にも配慮しています。一方、相談数の急激な増加など、療育ニーズの変化に伴う職員の負担増・人員不足の深刻化から、実態に即したさらなる職場環境の改善が必要と考えています。

(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<br>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>

「療育センター職員に求められるもの」を策定し、「人事評価（意欲評定と能力評定）」にも職員像を明示して、全体の認識共有化を図っています。一般職・専任職・管理職など、職員の階層別に「求められる勤務態度」として規律や責任などの期待水準を示すほか、「求められる職務遂行能力」として、職種別の知識・技術・判断力・提案力等の水準を明確化しています。法人理念やセンターの運営方針に基づき、個別に年度目標と達成時期、行動計画を目標設定シートに書面化し、目標管理面接を通じて上席者と職員とで達成状況を評価・確認し、個々の資質向上に努めています。

|   |          |
|---|----------|
| <p>【18】 Ⅱ-2-(3)-②<br/>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。</p> | <p>a</p> |
|---|----------|

<コメント>

「療育センター職員に求められるもの」と「人事評価（意欲評定と能力評定）」を用いて、階層別・職種別に求められる職員像やあるべき姿を明示し、全体研修を通じて周知を図っています。センターの配置基準に基づき保育士や各種療法士等の有資格者を採用し、管理職の昇格要件に児童発達管理責任者等の資格取得を位置づけるなど、組織運営に必要な専門資格・技術を明確化して全体の認識統一化を図っています。研修委員会を設置し、職員の要望や実情に即した様々なテーマで内部研修を企画・運営するほか、研修成果を検証して次年度の研修内容に反映しています。

|   |          |
|---|----------|
| <p>【19】 Ⅱ-2-(3)-③<br/>職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。</p> | <p>a</p> |
|---|----------|

<コメント>

法人共通で職員の研修体制を構築し、全体研修・階層別研修・職種別専門研修の3類型で、法令遵守や組織運営、専門性の向上など、職種や職務経験等に応じた段階的な職員教育を行っています。新規入所後3年間に亘り新人研修を実施するほか、有用な人材の確保・育成の観点から、非常勤職員及び派遣職員に対しても、一定要件を満たす場合は常勤職員とほぼ同様の研修を実施するなど、各々の知識・技術の習得と資質の向上に努めています。研修に関する情報は課ごとに回覧等で周知するとともに、参加希望がある場合は可能な範囲で承認・派遣しています。

(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。

|   |          |
|---|----------|
| <p>【20】 Ⅱ-2-(4)-①<br/>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。</p> | <p>b</p> |
|---|----------|

<コメント>

次代の福祉人材の育成に向け、法人全体で実習生の受け入れ及び養成校との交流推進に努めています。法人の「実習生受入規程」に基づき、保育士や社会福祉士、各療法士等の現場実習のほか、横浜市立大学の医学部生の臨床実習の受け入れも行っています。各課の主任を実習担当者に配し、療育センターの特性の理解に向けた独自の実習プログラムを提供しています。実務を通じて次期実習指導者を育成するほか、職種に応じて実習指導者養成研修等の外部研修にも担当者を派遣しています。一方、実習生等の研修・育成に関する基本姿勢の明文化が望まれます。

### 3 運営の透明性の確保

|  |                         |
|--|-------------------------|
| <p>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</p> <p>【21】 Ⅱ-3-(1)-①<br/>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。</p> | <p>第三者評価結果</p> <p>a</p> |
|--|-------------------------|

<コメント>

法人のホームページで理念や設立経緯・沿革、運営施設について詳しく紹介しています。決算報告及び資金収支予算書、中期経営計画（2019～2023年度）及び年度事業計画のほか、苦情件数等も積極的に公開し運営の透明性確保に努めています。センターのホームページでも、運営方針や施設概要のほか、療育講座や就学情報、給食献立レシピなど様々な情報を掲載し随時更新しています。第三者評価を定期的に受審し、福祉医療機構の総合情報サイト等で評価結果を公表しています。地域の関係機関に案内文書やパンフレットの送付もしています。

|  |          |
|--|----------|
| <p>【22】 Ⅱ-3-(1)-②<br/>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。</p> | <p>a</p> |
|--|----------|

<コメント>

事務管理規程や文書取扱規程など、法人共通の各種規程を整備・活用し、組織運営の適正化を行っています。各規程類はPCを活用した情報共有システムを通じて、全職員が随時閲覧出来るようにしています。法人監事による内部監査や、会計監査法人による外部監査を定期的実施し、公正な事業運営の実施に努めるほか、公認会計士や社会保険労務士等の外部の専門家による助言・指導を取り入れ、経営改善と効率化にも取り組んでいます。法人のホームページに社会福祉法人現況報告書や各年度の決算報告及び監査報告書、収支予算書を公表しています。

#### 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<br/>利用者との交流を広げるための取組を行っている。</p>   | a       |
| <コメント>  |         |
| <p>法人理念をホームページに掲載し、センターの理念は、SNSやパンフレットに掲載し、地域療育に貢献する姿勢を示しています。活用出来る地域情報は、地域や項目に分け、写真を入れるなどわかりやすく掲示し、月に1回更新しています。民間の事業所や子育て広場など利用出来る地域情報は、個々のニーズに応じて提供しています。職員が近隣の大学で障害児保育の授業をしたり、かながわコミュニティカレッジに講師を派遣したり、地域の人々がセンターや利用者について理解を得る機会を設けています。コロナ渦以前は近隣の保育所と保育交流を行っていました。</p> |         |
| <p>【24】 Ⅱ-4-(1)-②<br/>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>  | b       |
| <コメント>  |         |
| <p>受け入れの流れについては、マニュアルがあり担当職員が対応しています。玄関入り口のお花を地域の方が管理したり、地域の高校生の見学を受け入れることもあります。利用者の弟妹保育ボランティアに場所を提供するなど協力していますが、センターの考え方として、専門性の高いサービス提供が役割であり、ボランティアの積極的受け入れを行っていません。今後は、地域の人への啓発・理解を得ることや次世代の療育センター職員の育成の為の活動の一環としてボランティアの位置付けを考えて行くことが期待されます。</p>                     |         |
| (2) 関係機関との連携が確保されている。   |         |
| <p>【25】 Ⅱ-4-(2)-①<br/>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>  | a       |
| <コメント>  |         |
| <p>地域の関係機関や利用者に対応できる社会資源のリストはソーシャルワーカーが作成し、福祉相談室で保管し、必要に応じて担当ソーシャルワーカーを通じて関係機関と連携できるような体制が出来ています。自立支援協議会に参加したり、個別のケースについて区役所・保育所・幼稚園・児童相談所・基幹相談支援センターなどと個別のカンファレンスを実施するなど、日々情報交換を行っています。民間の医療機関・児童発達支援事業所や小学校・特別支援学校の担当者とのミーティングを適時行っています。</p>                            |         |
| (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。  |         |
| <p>【26】 Ⅱ-4-(3)-①<br/>福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。</p>  | a       |
| <コメント>  |         |
| <p>運営協議会を主催して参加者からあらゆるニーズを聴き、把握しています。各区の自立支援協議会・虐待防止会議、区役所との連絡会や関係機関との会議などに参加し地域ニーズの把握に努めています。巡回訪問の前にアンケートを実施し、事前にニーズを把握して訪問に臨んでいます。保育所・幼稚園・特別支援学校・小学校や地域活動ホームに出向き、子どもたちが大人になった時にどのような学校・就労先・サービスを使っているのかを知り、今センターでしなければいけないことを把握し、地域で生活するために必要な支援を考えています。</p>            |         |
| <p>【27】 Ⅱ-4-(3)-②<br/>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       |
| <コメント>  |         |
| <p>初診までの待機期間が長いことへの保護者不安に対応するため「相談ルームいろは」を開設しました。保育所に行くことが出来ない外国籍の方に、月に2回予約制の相談事業「のびのびグループ」や「遊びのひろば」をセンター独自で始めました。また、六角橋地域ケアプラザで出張型のひろば事業を開いています。臨床心理士が「乳幼児期の子育て支援」として福祉保健センターの4か月療育相談に協力しました。防災対策について同じビルの被災者については対応する体制がありますが、駅に隣接している立地上その他の地域住民を受け入れる体制はありません。</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 |
| 【28】 Ⅲ-1-(1)-①<br>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>   |         |
| 「障害者の権利擁護について～障害児支援の視点から」という研修資料を全職員に回覧し、児童の権利に関する条約・意志決定支援・虐待防止など基本的人権を守るために必要な知識を職員が理解し実践できるような取り組みをしています。職員にクレドカードを配布し、常に利用者尊重を意識して実践出来るようにしています。さらに、所長の作成した「横浜市東部療育センター子どもの権利擁護について」という文書を全職員に配布し、組織として子どもの権利擁護に取り組む姿勢を示しています。今後は研修を定期的に行う予定としています。              |         |
| 【29】 Ⅲ-1-(1)-②<br>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       |
| <コメント>   |         |
| 利用者のプライバシー保護については、「東部療育センター子どもの権利擁護について」に基づいて職員の理解を図っています。初回面談時に、個人情報を守られることを伝え、安心して相談できる体制を作っています。子どものトイレには扉があり、着替えの時や子どもが発作を起こした時などは臨機応変にパーテーションを使って子どものプライバシーが守られるよう工夫をしています。保護者からの相談があれば、プライバシーに配慮した場所で面接できます。今後は、各セクションごとのマニュアル類の細目にプライバシー保護について文書化することが期待されます。 |         |
| (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<br>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>   |         |
| ホームページに「運営方針・施設概要・利用の流れ」をアップし誰でも分かりやすく資料を入手出来ます。SNSを開設し療育講座のお知らせなども掲載しています。福祉保健センター、児童相談所、保育所、幼稚園などに、事業毎に分けた分かりやすいパンフレットを配布しています。外国籍の利用者向けのパンフレットは英語・中国語・タガログ語などにも対応しています。毎年、次年度の説明会の前に資料を見直ししています。  |         |
| 【31】 Ⅲ-1-(2)-②<br>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>   |         |
| サービス開始前に早期療育科ではパンフレットに則りソーシャルワーカーがサービスの内容を説明し同意を得ています。通園課のサービスや児童発達支援事業所「パレット」では、利用前に重要事項説明書を利用してサービス内容及び利用の選択と自己決定を尊重する運営方針などについて説明し同意を得ています。コロナ禍、令和3年度は重要事項説明書を事前に配布し目を通した上で説明会に臨んでもらいました。外国籍の方には、自動翻訳機を使用したり通訳を紹介したり、意志決定が困難な方には、理解出来るまで何回も個別に面談を行ったりしています。       |         |
| 【32】 Ⅲ-1-(2)-③<br>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。  | a       |
| <コメント>   |         |
| センターの福祉サービスの利用形態が変わったり、終了したりする時にはその後に利用できる民間サービスなどを説明しています。利用中の保護者に向けた療育講座で利用できる福祉制度や終了後に利用できるサービスについて説明しています。通園の子どもは就学先に保護者を通じて書類で引き継ぎをしています。ソーシャルワーカーは地域担当制で引き続き相談にのる体制であることを利用開始時に説明しています。療育センター利用終了後は、他の機関に丁寧に繋いでいます。中学生以降は他の医療機関に繋ぐことを文書で説明し、診療情報を提供しています。      |         |
| (3) 利用者満足の向上に努めている。  |         |
| 【33】 Ⅲ-1-(3)-①<br>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。  | a       |
| <コメント>   |         |
| 通園課や児童発達支援事業所「パレット」では保護者アンケートを実施し、職員の自己評価と合わせて分析して次年度の事業計画に生かしています。自己評価結果はホームページにも載せています。個別面談は年に2回行い、その都度利用者満足度を確認しています。運営協議会に保護者の代表も参加し、保護者会のアンケート結果を共有しています。保護者会に園長や主任が出席し、保護者の意見を聴き、主任会議で改善策を話し合う仕組みがあります。センター独自では解決出来ないことは市に実情を伝え、相談をしています。                      |         |

(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。

a

<コメント>

法人の苦情対応規定があり、苦情解決の体制は整備されています。苦情解決の仕組みは、重要事項説明書に記載し説明しています。「苦情受付から苦情解決までの流れ」は各フロアに掲示し周知しています。苦情に関する記録があります。クラス担任に保護者から連絡帳などで意見があった時には、管理職が協議し迅速に回答しています。療育センター利用までに時間がかかるという声には、ソーシャルワーカーが横浜市に伝えたり「地域療育センターあり方検討会」に上げるなどの対応をしています。

【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>

初回面接時に担当ソーシャルワーカー名を伝え、通園利用前のオリエンテーションでは、担任以外（園長・主任・ソーシャルワーカー等）にもいつでも面談できることを通園のしおりに記載し説明しています。また、相談は、子どもを遊ばせながら話が出来る個室を準備し、話しやすい環境設定に配慮しています。苦情は、センター内の担当者だけでなく第三者委員や横浜市福祉調整委員会・かながわ福祉サービス適正委員会にも相談出来ることを重要事項説明書や館内掲示で伝えています。第三者委員の連絡先を掲示では通知していますが、今後は保護者がいつでも確認できるよう重要事項説明書にも記載していくことが期待されます。

【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。

a

<コメント>

利用者は連絡帳などで意見を伝えたり、年に2回の個別面接以外にも面接で意見が言える体制にあります。ご意見箱は玄関ホールに「ご意見箱を利用して下さい」という所長名の案内文と共に設置し、積極的に意見を求めています。サービス終了時にアンケートを実施し利用者の意見を把握する取り組みを行っています。利用者からの相談には当日のうちに管理職が対応しますが、出来ない時には管理職がその旨を伝えます。職員が利用者の想いを汲み取ることができるよう、利用者目線で意見を述べる為の「アイデアの種箱」を職員室に設置し、質の向上に向けた小さな改善を重ねています。

(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>

危機管理マニュアルがあり、月に1回管理職と各課の担当職員で安全衛生委員会を行っています。療育室の入り口には「緊急時チャート」を掲示し、職員がフローに沿って対応できるようにしています。リスクマネジメントの責任者は所長です。「ケガ・ミス・ヒヤリハット報告書」は統一し多書式で記録し、毎月事故件数やレベルを集計してパソコンサーバー上で共有しています。通園課では、事故当事者が職員会議で報告し、全職員で振り返り改善を行っています。安全点検研修を毎年4月に行っています。廊下に物を置かず、子どもが躓きにくい環境設定をするなど常に見直しを行っています。

【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。

a

<コメント>

センターとして「感染症予防及び発生時対応マニュアル」「新型コロナウイルス関連対応マニュアル」があり、所長を責任者として日々状況に応じて更新しています。感染症が発生した場合の報告体制についても確立しており、職員に周知しています。感染症委員会からの報告は主任から職員に周知しています。保護者にも、横浜市の指針に準拠した分かりやすい「新型コロナウイルス感染防止に関するお願い」を配布し説明会を開き、協力の依頼をしました。

【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。

a

<コメント>

センター独自の「大地震等の非常災害および警戒宣言発令時の対策」の取り決めに基づいて月に1回安全衛生委員会を開催し、毎月1回避難訓練を実施し、その都度保護者には避難手順を説明しています。海拔が低いことから津波の時にはビルの4階から7階にとどまりません。防災貯蓄リストがあり備蓄しています。センターが入っているビルの総合防災会議があり、災害に備えて日頃からそれぞれの利用者特性を踏まえた話し合いを行い、避難が円滑に行われるよう経路の棲み分けを決めるなどの体制を整え、連帯感を持って年に2回合同の避難訓練を行っています。

## 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 |
| 【40】 Ⅲ-2-(1)-①<br>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>  |         |
| 児童発達支援ガイドラインに基づき、各専門職毎に「業務細目」というマニュアルを作成しサービスを提供しています。利用者の尊重やプライバシーの保護・権利擁護に関することは新人研修で周知した後はセンター内の「虐待研修」で取り上げ、重要な課題として周知しています。今後は、「プライバシー保護」などに関して、センターとして具体的な配慮事項を文書化し職員間で確認していくことが期待されます。  |         |
| 【41】 Ⅲ-2-(1)-②<br>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       |
| <コメント>  |         |
| 各部署の事業細目は、各部署のミーティングや会議で話し合い変更しています。通園課では、毎年秋に次年度の計画を立てる時に次年度に向けた標準的な実施方法について見直しを行っています。また、必要に応じてプロジェクトチームを立ち上げ変更について検討をしています。利用者の意見は療育の見学や勉強会のアンケートなどで意見を集約し、次年度のサービス提供に反映しています。   |         |
| (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。   |         |
| 【42】 Ⅲ-2-(2)-①<br>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。  | a       |
| <コメント>  |         |
| 個別支援計画は、3人のクラス担任で案を策定し児童発達管理責任者が修正しています。アセスメントは、サービス毎に異なるシートを利用し、必要に応じて管理栄養士や理学療法士、作業療法士などと協議し実施しています。受け付け票で利用者の意向を確認し、個別支援計画に反映しています。サービス提供は個別支援計画に基づいて実施し、年に2回個別面談を行い保護者と共にサービスの実施状況を確認しています。支援困難ケースについては、ソーシャルワーカーが窓口となり、区福祉保健センター・児童相談所などの関係機関と連携して対応しています。 |         |
| 【43】 Ⅲ-2-(2)-②<br>定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。  | a       |
| <コメント>  |         |
| 個別支援計画の変更は、日々の観察とモニタリングの実施記録をもとに3人のクラス担当が目標の達成具合を話し合い、児童発達管理責任者が確認します。保護者との面談の前に事前アンケートを実施し、その上で一緒に振り返りと次の目標の確認を行っています。常に3人でクラスを担当しており、個別支援計画の変更内容の周知も同時に行われています。   |         |
| (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。  |         |
| 【44】 Ⅲ-2-(3)-①<br>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       |
| <コメント>  |         |
| 支援記録は各課毎の記録様式で記録しています。他の部門と共有が必要な内容は、連絡票を活用したり、カルテに記載して共有しています。効率的な記録の書き方についてリーダーミーティングで話し合い、課のミーティングで検討しています。各課の専門職が集まる医療ミーティングで情報を共有することもあります。会議録やマニュアルなどはパソコンのネットワークシステムを活用しています。さらに電子カルテの導入など検討を重ねています。   |         |
| 【45】 Ⅲ-2-(3)-②<br>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>  |         |
| 法人の「個人情報保護に関する規定」「個人情報の取扱いに関する規則」「情報セキュリティ規定」に基づき記録は、重要度に応じて、場所、期間、施設などのルールに基づいて保管し、パソコンの共有ファイルに入るにはパスワードが必要であったり、外部と繋がるパソコンはアクセス制限がかかるなど、個人情報の漏えいに対する対策を取っています。全職員に「個人情報保護に関する規定」は回覧し署名を求めています。個人情報の管理責任者は各課の課長で、保護者には重要事項説明書を使って、利用開始前に説明し同意を得ています。           |         |