

# 評価報告概要表

## ■第三者評価機関

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 名 称   | 社会福祉法人 山口県社会福祉協議会 |
| 評価調査日 | 令和4年 2月 28日 (月)   |

## ■福祉サービス事業者情報

|            |   |          |           |
|------------|---|----------|-----------|
| 名 称        | 紬   | 種 別      | 自立援助ホーム   |
| 代表者氏名      | 施設長 吉山 史  | 開設年月日    | 平成30年7月4日 |
| 設置者        | 特定非営利活動法人 要   | 定員(利用人数) | 6名(1名)    |
| 所在地        | 〒740-0061 山口県玖珂郡和木町和木4-4-3  |          |           |
| 電話番号       | 080-8168-4464   | FAX番号    |           |
| ホームページアドレス | <a href="http://npokaname.wixsite.com/website">http://npokaname.wixsite.com/website</a> |          |           |

## ■総 評

### 全体を通して(事業所の優れている点、独自に工夫している点など)

- ◇特に評価の高い点
- 平成30年(2018年)7月に開所され、事業開始より3年半経過した事業所であるが、受審が義務化されていない種別の事業所ではあるにも関わらず、この度初めて第三者評価事業の受審をされた向上意欲のある事業所である。
  - 事業所の近くに居住して万が一に備えるなど管理者であるホーム長の熱意が高く、またホーム長を中心とした職員間のコミュニケーションが行き届いている。
  - 地域の自治会に加入し、地域との交流に努めている。
  - 子どもと個別に関わる時間を積極的に取り、信頼関係構築に努めている。また、子どもが経験を通して自立していく支援を行っている。
  - 子どもの退所後も、子どもからの求めに応じて相談に乗ったり、事業所から退所した子どもに積極的に連絡を取るなどアフターケアに努めている。
- ◇改善を求められる点
- 理念・基本方針に類似した、それぞれに異なる文言がパンフレットやホームページ等にあることから、子どもや外部者に分かりやすく周知されることを望む。
  - 事業計画の策定においては、中長期ビジョンに基づく・策定に職員が参画する・子ども達にも周知することが大切であり、これらについて効果的に取り組まれることを期待する。
  - 安全管理対策・感染症対策など職員研修や具体的な対応はされているものの、そのベースとなるマニュアルなどが確認できなかった。
  - 自立支援計画書を作成し、見直しを行い、子どもが確認した後で署名をするなど、見える化することで、子どもに理解しやすくする必要がある。
  - 少人数であっても、コロナ禍なので、うがい手洗いの励行と、毎日の検温測定で感染防止に努める必要がある。
  - 支援の標準化を図るため、情報の共有と支援の基準になるマニュアル等があるとよい。

## ■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

第三者評価を受けさせて頂いた事によって、色々な、紬オリジナルのマニュアルを作ること、子ども達や職員全体に周知していく事の大切さ、様々な物を記録に残していく事の大切さをより認識することができ、自分達に足りないもの、未熟な点が良く分かり、これからの改善、課題が明確にわかり、定まりやすくなった。

これからも子ども達にとってより良い環境や福祉を提供できるホームにしていけるためにお教え頂いた事を参考にし、進めていこうと思う。

私たち自立援助ホーム紬は、受容と肯定という理念の元、子ども達と職員が対話によるコミュニケーションを重視し、一人一人の喜怒哀楽や、問題解決に寄り添い、より家庭的で温かく優しい支援を心掛けています。

1年に楽しいイベントもたくさん企画しており、子どもたちにとって安全で楽しい生活の中で、将来の生活においての力を養い、個々の自立の促進を行っています。

# 評価報告概要表

## ■評価分野別評価結果(分野別の特記事項)

| I 福祉サービスの基本方針と組織   | a | 0 | b | 4 | c | 5 | Na | 0 |
|--|---|---|---|---|---|---|----|---|
| <p>○受審が義務化されている種別の事業所ではないにも関わらず、サービスの質の向上の為今回初めて第三者評価を受審されたことは高く評価する。</p> <p>○理念・基本方針に類似したそれぞれに異なる文言がパンフレットやホームページ等にあることから、利用者や外部者に分かりやすく周知されることを望む。</p> <p>○選ばれる事業所を目指してホーム長を中心に職員一丸となって改革に取り組んでおり、訪問調査時は事業所内も全面改装中であった。</p> <p>○事業計画の策定においては、中長期ビジョンに基づく・策定に職員が参画する・利用者にも周知することが大切であり、これらについて効果的に取り組まれることを期待する。</p> <p>○自己評価はされているが、その結果分析や課題の把握が為されておらず、今後は結果分析及び課題の把握に取り組まれることを期待する。</p> |   |   |   |   |   |   |    |   |

| II 組織の運営管理   | a | 0 | b | 13 | c | 5 | Na | 0 |
|--|---|---|---|----|---|---|----|---|
| <p>○管理者であるホーム長は、万が一に備えて事業所の近くに居住を構えるなど業務に対する熱意を強く感じた。</p> <p>○職員間の連絡が口頭による場合が多いが、確認や振り返りの為にも記録に残すことが必要と思われる。</p> <p>○サービスの質の向上を図るためには、職員の育成が不可欠であり、研修計画の策定等計画的な人材育成を期待する。</p> <p>○自治会に加入し、地域との交流に努めているが、その状況を確認できる記録や計画があるとよい。</p> |   |   |   |    |   |   |    |   |

| III 適切な福祉サービスの実施   | a | 3 | b | 14 | c | 1 | Na | 0 |
|--|---|---|---|----|---|---|----|---|
| <p>○利用者のサービス開始時において、「紬でのお約束」等を用意して丁寧な説明が行われている。また利用開始後も、必要に応じて利用者と個別ミーティングを行って意見を聴き取り、生活上のルールを変更している。</p> <p>○事故対策・感染症対策などについて、実態として職員研修や具体的な対策が実施されているが、それをマニュアル化する取り組みをされると、なお良いと思われる。</p> <p>○個別支援計画の策定について、アセスメント・計画策定・モニタリング・記録の作成・定期的な評価等の過程を、利用者の同意や職員間の協議も交えて丁寧に行われることを望む。</p> |   |   |   |    |   |   |    |   |

| IV 良質な個別サービスの実施   | a | 11 | b | 14 | c | 7 | Na | 0 |
|---|---|----|---|----|---|---|----|---|
| <p>○事業所内を全面改装中で、限られたスペースで生活しておられたが、職員と子どもがマンツーマンで向き合う機会を多く持たれ、利用後の子どもの変化(成長)も感じられた。</p> <p>○子どもの生活ぶりを確認できる記録書類等が乏しく、また支援に関する各種のマニュアルもなく、自立支援計画についてもアセスメントがなかった。</p> <p>○理事長が臨床心理士であり、子どもが心理職(理事長)に相談できる体制が整備されている。</p> <p>○子どもの退去時には支度金を渡し、退居後も定期的に電話やLINEで相談に乗ったり、バースディカード・クリスマスカード・年賀状などを送り、また里帰りの宿泊も行っている。</p> |   |    |   |    |   |   |    |   |

# 第三者評価結果表

施設名 自立援助ホーム 紬

## 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

| 【 評価項目 】  |   | a | b | c | Na |
|---|---|---|---|---|----|
| <b>1 理念・基本方針</b>  |   |   |   |   |    |
| <b>(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。</b>  |   |   |   |   |    |
| 1   | 1 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。                   |   |   | ○ |    |
| <p>(特に評価が高い点)</p> <p>(改善が求められる点)<br/>                     理念・基本方針は明文化されているが、ホームページやパンフレット等それぞれに異なる文言があり、どれが理念で基本方針であるか分かりづらかった。利用者や家族に分かりやすく周知されることを望む。</p>   |   |   |   |   |    |
| <b>2 経営状況の把握</b>  |   |   |   |   |    |
| <b>(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</b>  |   |   |   |   |    |
| 2   | 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。           |   | ○ |   |    |
| 3   | 2 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。                 |   | ○ |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>                     選ばれる事業所を目指して改革の途上であり、ホーム長を含めて一丸となって取り組んでおられ、事業所内の全面改装を行っている。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>                     職員への指示・連絡が口頭となっていることが多く、後から確認できない為、記録に残すことが必要と思われる。</p> |   |   |   |   |    |
| <b>3 事業計画の策定</b>  |   |   |   |   |    |
| <b>(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</b>  |   |   |   |   |    |
| 4   | 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。               |   |   | ○ |    |
| 5   | 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>(2) 事業計画が適切に策定されている。</b>   |   |   |   |   |    |
| 6   | 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。 |   | ○ |   |    |
| 7   | 2 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。                 |   |   | ○ |    |
| <p>(特に評価が高い点)</p> <p>(改善が求められる点)<br/>                     事業計画は、中長期ビジョンに基づいて策定することや、計画策定への職員の参画、そして利用者等への周知が大切である。これらについて、より効果的に取り組まれることを望む。</p>  |   |   |   |   |    |

| 【 評価項目 】   |  | a | b | c | Na |
|--|--|---|---|---|----|
| <b>4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組</b>   |  |   |   |   |    |
| <b>(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。</b>  |  |   |   |   |    |
| 8  | 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。          |   | ○ |   |    |
| 9  | 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。 |   |   | ○ |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>第三者評価が義務化されていないにも関わらず、サービスの質の向上を図る為第三者評価を積極的に受審されたことは評価できる。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>自己評価は実施されているが、その結果を分析し、分析結果に基づいて職員間で課題の把握・改善に取り組まれることを期待する。</p> |  |   |   |   |    |

### 評価対象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。

|    |                                    |  |   |  |  |
|----|------------------------------------|--|---|--|--|
| 10 | 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。 |  | ○ |  |  |
| 11 | 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。     |  | ○ |  |  |

##### (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

|    |                                     |  |   |  |  |
|----|-------------------------------------|--|---|--|--|
| 12 | 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。 |  | ○ |  |  |
| 13 | 2 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。    |  | ○ |  |  |

(特に評価が高い点)  
ホーム長は、万が一の場合に備える等の為に事業所の近くにアパートを借りて住むなど、熱意を持って業務に取り組まれていることを強く感じた。

(改善が求められる点)  
職員との話し合いやミーティングは随時行われているが、口頭で行われていることが多く、確認や振り返りの機会も含めて記録に残されることが必要と思われる。

#### 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。

|    |  |  |   |   |  |
|----|--|--|---|---|--|
| 14 | 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。 |  |   | ○ |  |
| 15 | 2 総合的な人事管理が行われている。                         |  | ○ |   |  |

##### (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

|    |                                      |  |   |  |  |
|----|--------------------------------------|--|---|--|--|
| 16 | 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。 |  | ○ |  |  |
|----|--------------------------------------|--|---|--|--|

| 【 評価項目 】   |   | a | b | c | Na |
|--|---|---|---|---|----|
| <b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>  |   |   |   |   |    |
| 17   | 1 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。                         |   |   | ○ |    |
| 18   | 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。         |   |   | ○ |    |
| 19   | 3 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。                       |   | ○ |   |    |
| <b>(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</b>                                  |   |   |   |   |    |
| 20   | 1 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 |   |   | ○ |    |
| (特に評価が高い点)   |   |   |   |   |    |
| (改善が求められる点)<br>サービスの質の向上を図る為には職員の育成・教育は不可欠であり、研修計画の策定等により計画的な人材育成に取り組まれることを望む。 |   |   |   |   |    |

| <b>3 運営の透明性の確保</b>   |                                    | a | b | c | Na |
|--|------------------------------------|---|---|---|----|
| <b>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</b>                                  |                                    |   |   |   |    |
| 21   | 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。       |   | ○ |   |    |
| 22   | 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。 |   | ○ |   |    |
| (特に評価が高い点)<br>口頭でのやり取りが中心ではあるが、職員間でのミーティングは丁寧に行われている。                |                                    |   |   |   |    |
| (改善が求められる点)<br>職員管理のベースとなる職務分掌等を整備され、職員室へ掲示するなどにより職員への周知をされることを期待する。 |                                    |   |   |   |    |

| <b>4 地域との交流、地域貢献</b>          |  | a | b | c | Na |
|-------------------------------|--|---|---|---|----|
| <b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b> |  |   |   |   |    |
| 23                            | 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。                   |   | ○ |   |    |
| 24                            | 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>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>  |  |   |   |   |    |
| 25                            | 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。 |   | ○ |   |    |

| 【 評価項目 】  |                                   | a | b | c | Na |
|---|-----------------------------------|---|---|---|----|
| <b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>   |                                   |   |   |   |    |
| 26  | 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。     |   | ○ |   |    |
| 27  | 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>(特に評価が高い点)<br/>自治会に加入して地域との交流を広げる取り組みをしている。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>地域との交流は図られているが、確認できる記録や計画があると良いと思われる。</p> |                                   |   |   |   |    |

### 評価対象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                                 |   |   |   |  |  |
|--|---|---|---|--|--|
| <b>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>                 |   |   |   |  |  |
| 28   | 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。        |   | ○ |  |  |
| 29   | 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>(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   | 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。             | ○ |   |  |  |
| 31   | 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。              | ○ |   |  |  |
| 32   | 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>(3) 利用者満足の向上に努めている。</b>                     |   |   |   |  |  |
| 33   | 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>(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</b>            |   |   |   |  |  |
| 34   | 1 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。                      |   | ○ |  |  |
| 35   | 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。              |   | ○ |  |  |
| 36   | 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。                 |   | ○ |  |  |

| 【 評価項目 】  |  | a | b | c | Na |
|---|--|---|---|---|----|
| <b>(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。</b>  |  |   |   |   |    |
| 37  | 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。  |   | ○ |   |    |
| 38  | 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。 |   | ○ |   |    |
| 39  | 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>(特に評価が高い点)<br/>           利用者のサービス選択時において、「細でのお約束」等を用意して丁寧な説明が行われている。また利用開始後も、必要に応じて利用者と個別ミーティングを行って意見を聞き取り、生活上のルールを変更している。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>           事故対策・感染症対策などについて、実態として職員研修や具体的な対策を実施されているが、それをマニュアル化する取り組みをされると、なお良いと思われる。</p> |  |   |   |   |    |

| <b>2 福祉サービスの質の確保</b>   |   |  |   |   |  |
|--|---|--|---|---|--|
| <b>(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。</b>   |   |  |   |   |  |
| 40   | 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。 |  | ○ |   |  |
| 41   | 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>(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。</b>   |   |  |   |   |  |
| 42   | 1 アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。        |  | ○ |   |  |
| 43   | 2 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。                |  |   | ○ |  |
| <b>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</b>  |   |  |   |   |  |
| 44   | 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。   |  | ○ |   |  |
| 45   | 2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。                      |  | ○ |   |  |
| <p>(特に評価が高い点)</p> <p>(改善が求められる点)<br/>           個別支援計画の策定について、アセスメント・計画策定・モニタリング・記録の作成・定期的な評価等の過程を、利用者の同意・職員間の協議を交えて丁寧に行われるよう望む。</p> |   |  |   |   |  |

内容評価項目 自立援助ホーム(児童自立生活援助事業)

| 【 評価項目 】  |   | a | b | c | Na |
|---|---|---|---|---|----|
| <b>A-1 利用者の尊重</b>   |   |   |   |   |    |
| <b>(1) 利用者の尊重</b>   |   |   |   |   |    |
| 1   | 1 |   | ○ |   |    |
| 2   | 2 |   | ○ |   |    |
| 3   | 3 |   | ○ |   |    |
| 4   | 4 |   | ○ |   |    |
| 5   | 5 |   |   | ○ |    |
| 6   | 6 | ○ | / |   |    |
| 7   | 7 |   | ○ |   |    |
| 8   | 8 |   | / | ○ |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>事業所内の全面リフォーム中で、利用者は限られたスペースで生活していたが、職員と利用者がマンツーマンで向き合う機会を多く持たれて、利用者自身の変化(成長)も感じられた。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>個人情報の適正な管理の為に、利用者に関するファイル等の整理整頓が必要である。また文書管理に関する規程を定められることを望む。</p> |   |   |   |   |    |

|   |   |  |   |   |  |
|---|---|--|---|---|--|
| <b>A-2 日常生活支援サービス</b>   |   |  |   |   |  |
| <b>(1) 援助の基本</b>  |   |  |   |   |  |
| 9   | 1 |  | ○ |   |  |
| 10  | 2 |  |   | ○ |  |
| 11  | 3 |  |   | ○ |  |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>調査時、現利用者は一人でもあり、食事を一緒につくる時間などに利用者に関わる時間を取り、信頼関係構築に努めている。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>利用者の生活課題の把握や社会資源との連携などを踏まえた自立支援計画の作成に努め、その際にはアセスメントを活用されることを望む。</p> |   |  |   |   |  |



| 【 評価項目 】 |  | a | b | c | Na |
|----------|--|---|---|---|----|
|----------|--|---|---|---|----|

| (2) 食生活  |   |  |  |   |   |  |
|--|---|--|--|---|---|--|
| 12   | 1 | バランスのとれた食事に配慮し、食卓が安心感を得ることのできる場所となるよう配慮している。 |  |   | ○ |  |
| 13   | 2 | 子どもの生活時間にあわせた食事の時間を設定している。                   |  | / | ○ |  |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>自主性を重んじ、一人暮らしの練習を普段の生活から行っている。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>年齢等に合った調理方法と栄養バランスの助言も大切と思われる。献立表の利用も検討して頂きたい。</p> |   |  |  |   |   |  |

| (3) 衣生活  |   |                                   |   |   |  |  |
|--|---|-----------------------------------|---|---|--|--|
| 14   | 1 | 衣服は清潔で、TPOに応じたふさわしい服装となるよう助言している。 | ○ | / |  |  |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>利用者に生活上の指針として冊子(「生活の知恵袋」)を渡し、生活の自立を促している。</p> <p>(改善が求められる点)</p> |   |                                   |   |   |  |  |

| (4) 住生活  |   |                                      |   |   |  |  |
|--|---|--------------------------------------|---|---|--|--|
| 15   | 1 | ホーム全体は、生活の場としての安全性や快適さを配慮したものになっている。 |   | ○ |  |  |
| 16   | 2 | 居室等の整理整頓、掃除等の習慣が定着するよう援助している。        | ○ | / |  |  |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>事業所玄関に鍵付きのロッカーが設置されており、利用者個々人の貴重品が自己管理できる。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>利用者の生活面全般に言えることであるが、利用者がより分かりやすく、理解できるように伝える工夫をされることを望む。</p> |   |                                      |   |   |  |  |

| (5) 衛生管理、健康管理、安全管理   |   |   |  |   |   |  |
|--|---|---|--|---|---|--|
| 17   | 1 | 身体の健康を自己管理できるよう援助している。                              |  |   | ○ |  |
| 18   | 2 | 一人ひとりの子どもの健康を管理するとともに、必要な場合には医療機関等を利用するなど適切に対応している。 |  | ○ |   |  |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>町内の医院や岩国市の精神科等医療機関に当事業所の理解を促し、連携が取れる環境を作っている。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>コロナ禍において、毎日の検温その他のチェックは団体生活では必要と思われる。</p> |   |   |  |   |   |  |

| 【 評価項目 】 |  | a | b | c | Na |
|----------|--|---|---|---|----|
|----------|--|---|---|---|----|

| (6) 問題行動に対する対応   |   |   |  |   |  |  |
|--|---|---|--|---|--|--|
| 19   | 1 | 子どもの問題行動に適切に対応し、その理由を子どもに分かるよう説明している。     |  | ○ |  |  |
| 20   | 2 | ホーム内の子ども間の暴力、いじめ、差別などが生じないようホーム全体に徹底している。 |  | ○ |  |  |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>職員は定期的に勉強会や研修を開催し、また職員間での報告・連絡・相談に努めている。児童相談所や医師等とも連携を図っている。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>グループラインや職員伝達ノートで確認している事項を支援日誌として記録することで、外部関係機関も含めた対応の共有や記録の適正化を図ることが必要と思われる。</p> |   |   |  |   |  |  |

| (7) 自主性、自律性を尊重した日常生活   |   |  |   |   |  |  |
|--|---|--|---|---|--|--|
| 21   | 1 | 子ども自身が自らの生活全般について考え、主体性をもって生活ができるよう援助している。 |   | ○ |  |  |
| 22   | 2 | 休日等に子どもが自由に過ごせるよう配慮している。                   | ○ | / |  |  |
| 23   | 3 | 金銭の管理や使い方など経済観念が身につくよう援助している。              | ○ |   |  |  |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>事業所内の行事や趣味など利用者の選択の自由を尊重し、旅行や外泊なども認めている。本人名義の通帳とお小遣い帳を用意し、金銭管理は利用者本人が行い、お小遣いも自由であり、利用者個々人にあったルールで、主体性を持って生活が出来るように援助している。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>自立支援計画に、子どもの希望や意見を、子どもの言葉で落とし込み、アセスメントを子どもと一緒にいき、次のステップに繋げるなど、記入の工夫をされると良い。</p> |   |  |   |   |  |  |

| (8) 社会生活支援(学習支援、進路指導等)  |   |  |   |   |  |  |
|---|---|--|---|---|--|--|
| 24  | 1 | 進学を希望する子どもには、学習環境を整備し、学力に応じた学習支援を行っている。                  |   | ○ |  |  |
| 25  | 2 | 社会生活を通して、子どもが人格の尊さを学び、自分や他人の権利を尊重し、ともに生きることができるよう支援している。 | ○ |   |  |  |
| 26  | 3 | 性について正しい知識を身につけ、お互いの人格を尊重しあえるような異性関係が築けるよう支援している。        | ○ |   |  |  |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>性教育のカリキュラムを用意し、正しい性知識を得る機会を設けている。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>学習支援について支援体制の整備が必要と思われる。</p> |   |  |   |   |  |  |

| 【 評価項目 】 |  | a | b | c | Na |
|----------|--|---|---|---|----|
|----------|--|---|---|---|----|

| (9) メンタルヘルス  |   |   |  |  |  |
|--|---|---|--|--|--|
| 27   | 1 虐待を受けた子どもなど心理的なケアが必要な場合は、関係機関と連携している。 | ○ |  |  |  |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>理事長が臨床心理士であり、利用者が直接的支援を受ける体制が整っている。</p> <p>(改善が求められる点)</p> |   |   |  |  |  |

| (10) 家族とのつながり  |   |   |   |  |  |
|--|---|---|---|--|--|
| 28   | 1 児童相談所や関係諸機関と連携し、子どもと家族との関係調整を図ったり家族からの相談に応じる体制ができている。                   |   | ○ |  |  |
| 29   | 2 子どもにとって家族関係の調整が必要な場合は、状況を把握して、面会、外出、一時帰省などを行っている。                       | ○ | / |  |  |
| 30   | 3 虐待を受けた子ども等、保護者からの強引な引き取りの危険性がある場合、関係諸機関との連携により、子どもの権利と安全が守られるよう取り組んでいる。 | ○ |   |  |  |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>関係諸機関、他の自立援助ホームとの連携で子どもの権利と安全が守られるよう取り組んでいる。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>自立支援計画書の活用や記録の整備を望む。</p> |   |   |   |  |  |

| (11) 退去の決定・退去後のかかわり   |   |   |   |  |  |
|---|---|---|---|--|--|
| 31  | 1 退居後の生活の計画が作成され、子どもと退居後の生活を話しあった上で退居を決定している。 |   | ○ |  |  |
| 32  | 2 退居後の子どもに継続的に支援している。                         | ○ |   |  |  |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>退去時に支度金を渡し、退去後も定期的に電話やラインで相談に乗ったり、バースデイカードや年賀状、クリスマスカードなど送り、里帰りの宿泊も行っている。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>自立に向けた対応について、マニュアルの作成等による明文化、また記録の整備を望む。</p> |   |   |   |  |  |