

### 第三者評価結果

事業所名：すいっち城山

#### 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>&lt;コメント&gt; 法人の理念、基本方針はホームページ、しおりに記載されています。法人の理念として、ノーマライゼーションの実現からソーシャルインクルージョン（共生社会）をめざし、先駆的で開拓的な事業を展開することを宣言しています。法人理念には「職員の行動指針」が一体的に構成されています。基本方針は、子どもの自立をめざすこと、保護者とのコミュニケーションを大切にすることなどが掲げられ、法人理念、職員行動指針に沿った内容となっています。利用者家族への継続的な周知の取組について課題があると考えています。</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>&lt;コメント&gt; 法人内の児童発達支援部会の所長会議が2ヶ月に1回開かれており、社会福祉制度の動向、各自治体ごとの情勢、各事業所の報告が交わされて、情報を把握、分析しています。相模原市緑区の放課後等デイサービス連絡会が年に2~3回開催されており、この場で地域の動向を把握していますが、地域の情報収集、分析は十分ではないと考えています。事業所の経営状況に関しては、年間収支予算を月ごとに分析した「月次推移表」で科目ごとの実績と執行率で確認しています。</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>&lt;コメント&gt; 開設2年目の現在、事業所として放課後等デイサービスの事業は軌道に乗ってきたと感じています。ただし、児童発達支援事業は、利用者数、実績がわずかであることが経営課題と考えています。また、人員体制について、所長が兼務している提携事業所からの応援に頼らざるを得ない状況があり、改善したいと考えています。人員を募集しても採用困難な状況が続いており、大きな悩みとなっています。事業所の経営課題は、所長と職員との会議や会話の中で共有されており、経営課題解決・改善に向けた取組は今後の課題と感じています。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt; 現在のところ、中・長期計画は策定されていません。将来的には、児童発達支援事業所を軌道に乗せて、専門的療育のできる施設として大きく成長させたいという思いをもっています。そのためには、ハード、ソフト両面にわたる準備、整備を年々積み重ねていく必要があります。将来のビジョンの実現を具体化するために、事業所としての中・長期計画の策定が望まれます。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt; 単年度の事業計画は、法人の児童発達支援部会による年度事業計画の内容に沿って作成されています。中・長期計画の策定がないため、単年度ごとの事業計画になっています。事業計画は、法人が示した重点目標を事業所でどう具体化するかを職員で話し合い、明らかにして作成しており、実行可能な内容となっています。今後は中・長期計画を策定した上で、この内容を反映した事業計画を作成していくことが期待されます。</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
<コメント> 法人の事業計画が年明けに示された後、2月中に事業所の事業計画を作成し、法人に提出することになっています。事業所では計画内容を話し合い、職員の意見を求めています。計画を策定し、半期後の振り返り、年度末の評価を職員会議等で常勤職員が話し合っています。年間を通して事業計画に基づいた業務にあたるよう、周知、徹底をしていきたいと考えています。	
【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。	b
<コメント> 事業計画の内容の周知について、ホームページへの掲載や事業所内の掲示がありません。今後の改善が期待されます。事業計画の一部である行事（課外活動）については、保護者にお便りを渡し、その用紙を使って申し込みができるようにして参加を促しています。また、月間予定表を渡して活動内容を保護者に周知するように努めています。	

#### 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。	b
<コメント> 「職員からの事業所評価（自己評価）」と「保護者からの事業所評価」を年度末に実施しています。環境・体制整備、適切な支援の提供、保護者への説明、非常時等の対応、満足度に関する課題について細目23項目のアンケートを実施して結果を分析し、出された意見や質問に回答しています。日々の支援の質の向上に向けては、職員研修を計画的に行い、ケース検討を実施しています。また、今回初めての第三者評価受審となりました。評価結果で出された課題をその都度解決するように努めていますが、計画的、組織的に取り組むことは、十分ではないと感じています。	
【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。	b
<コメント> 現在、開設2年目ですが、スタートして1年間の運営についての振り返りが、令和4年度の事業報告の中にまとめられています。事業の利用実績、利用者の利用状況、行事、研修内容、事故報告、苦情報告がまとめられています。また、開設当初に決めた重点課題は、①個別支援の充実②情報発信③職員のチームワーク④研修の充実で、それぞれのテーマを職員が話し合い、率直で具体的な振り返りとしてまとめられています。しかし、その内容が今年度の事業計画に反映されていません。事業計画は、法人の重点目標に沿ってまとめられていますが、事業所自身が明らかにした課題が反映された事業計画にしていくことが期待されます。	

## 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。	b
<コメント> 所長は、運営、人事に関する一元的な責任者となっています。また、同一法人の児童発達支援事業所の所長も兼務しています。児童発達支援管理責任者は、日常の運営、利用者支援についての管理者となっています。管理者は実質この2名で構成されており、この2名と、同一法人の児童発達支援事業所支援課長の合わせて3名で運営会議をもち、重要事項の打ち合わせを毎月行っています。業務分担表がありますが、内容は仕事の分担だけで、管理者の権限や責務は明記されておらず改善が期待されます。	
【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。	b
<コメント> 管理者は、法人内の管理者研修に参加するなど法令遵守に精通するよう努めています。事業所では現金を取り扱わず、所長が兼任している事業所の方で出納管理を行っているため、経理関係のコンプライアンスに直接かかわることはないようです。虐待、ハラスメント防止、身体拘束については、職員が研修に参加しています。法人作成の「倫理行動マニュアル」を職員会議で年に1回、読み合わせをしています。環境への配慮等の取組は、職員が各自の自覚の範囲で行うように促しており、事業所として特段の取組はしていません。	

(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>

「職員からの事業所評価」、「保護者等からの事業所評価」を年に1回実施して、年度末にまとめ、法人ホームページに公表しています。「事業所評価」は、環境体制の整備、適切な支援の提供、保護者への説明、非常時の対応等、23項目のアンケートに回答してもらい、具体的な意見を集約しています。事業所の課題は、幹部会議である運営会議において洗い出し、職員の意見を反映して改善の取組をしています。職員の資質向上のため、法人研修だけでなく、職員が希望する法人内他事業所の体験交流研修へ派遣し、新たな気づきを得るようにしています。管理者として、質の向上に向けての取組を課題と考えています。

【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>

毎月の実績、収支の確認、必要経費の支出のあり方について、月次試算表等を踏まえて分析しています。人員配置は基準通りにされていますが、職員が休んだ場合等には、系列事業所からの応援を受けているのが実情です。職員募集に努めていますが、採用が困難な状況が続いており、管理者として悩みとなっています。その中でも、年に5日の有給休暇の計画取得を実施しており、希望通り休めるよう、管理者は配慮をしています。利用者にとって過ごしやすく、職員にとっては働きやすい環境を作るため、訓練指導室のレイアウトや仕切りの導入などを検討しています。

## 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>

法定の職員配置基準は満たしていますが、受け入れ人数や職員の休暇などの事情の場合に、連携している事業所からの応援を得ている状況です。理想的な職員配置をめざして人材確保に努めていますが、困難な状況が続いています。人材育成のため、「目標達成シート」を使い、各自の目標の達成を面談を通して、後押しするようにしています。実務経験を満たして、若手職員に児童発達支援管理責任者の研修を受講するように勧めています。

【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>

法人の基本文書に「当法人が期待する人材像」13項目が明記されています。法人の職務規程に階層別の期待される業務レベルが示されています。また、「職員の昇給、昇格、昇進に関する細則」にも、一般職（上、下級）、副主任、主任、所長代理（部、課長）、所長、エリアマネージャーの職位に応じた役割が明記されています。人事基準はじめ規程集はパソコンを通じて閲覧できます。「目標達成シート」に職員が自らの目標を書き、半期ごとにS、A、B、C、Dと自己評価して、所長面談を年2回行い、目標達成を後押ししています。評価結果を処遇に反映する仕組みは、法人として現在構築中です。

(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>

所長は、毎月の職員の残業時間を把握するとともに、年2回の面談や日々のコミュニケーションの中で、職員の就業状況や意向を把握しています。また、法人による職員の意向調査が実施されており、その結果を受けて、仕事の悩みや将来のキャリアデザインについて話合うことがあります。時間外労働は月10時間以内を目標としており、全員が達成しています。休暇は希望通り取得できるように配慮しています。健康診断は年に1回実施しています。メンタルチェックは年2回、職員が職場のPCや自身のスマートフォンを使って回答しています。内容は法人が管理しており、必要に応じてグループ長から該当事業所に連絡があります。ハラスメント、内部通報など、直接上司に言いにくいことを相談できる「ヘルプデスク」の連絡先が事務所に掲示されています。

(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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度初めに、各職員が自己の目標を「目標達成シート」に書くことになっています。年度前半が終わった10月に、自己の目標がどこまで達成されたか、自己評価をS、A、B、C、Dで評価します。合わせて所長が面談し、達成に向けて後押しをしていきます。所長からも5段階評価をし、コメントを書くことになっています。年度末に1年間の振り返りをして再度、自己評価と所長面談を実施する仕組みになっています。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として職員の経験年数に応じた階層別のカリキュラムが年間で組み立てられており、対象者は全員が受講しています。階層別カリキュラムは階層ごとに期待される職員像、期待される業務レベルに対応したものとなっています。各研修では事後課題が出され、振り返りを行い、上司のコメントをもらったシートを各自が管理し、活用しています。研修内容は、法人の人材育成部で企画されており、参加者からの感想や意見を参考に定期的に見直され、毎年度当初に各事業所に連絡されています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の研修カリキュラムに階層別研修、職種別研修、テーマ別研修があり、対象の職員が参加しています。オンライン研修が主で、事務所で受講できるよう、環境整備を行っています。若手の職員には、実務経験を積んだうえで、児童発達支援管理責任者資格の研修を受けるように勧奨しています。各職員が研修に参加できるよう、人員配置などで支援しています。新人職員は、提携事業所で実務の研修をしたうえで、業務についています。新人職員は先輩の業務を見習いながら習得しています。新人職員が効果的に業務を習得し、サービスの標準化を進めるため、業務マニュアルの作成が期待されます。</p>	
(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>実習生の受け入れに関しては、現在のところ環境や条件が整っていないため、実施していません。実習生は、将来の人材育成につながるものであり、今後の取組に期待します。</p>	

### 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	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所としてのホームページを開設し、基本情報、基本方針、活動プログラム等を掲載しています。今後は、活動の様子や広報紙の公開、事業計画、事業報告等を掲載していくことが期待されます。苦情・相談体制は、苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員の氏名と写真、連絡先が事業所内に掲示されています。苦情を受け付けたことはありませんが、その場合には、苦情処理のルールに則り、迅速、適切に対処し、内容については、申出者の特定がされないよう配慮をしながら公開していくつもりです。ホームページ等を充実させ、事業所の活動を地域に発信していくことが期待されます。</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。	b	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経理事務については、法人の経理規程に基づいて管理されています。事業所は原則として現金を管理しておらず、提携事業所の事務担当者が出納管理をしています。法人の内部監査は、経理を中心に数年ごとに実施しており、外部の専門家による監査支援は、事業所単位での実施はありません。職員は法人の規程類、職務規程等を事務所のパソコンを通じて閲覧することができます。事業所の職員の職務分掌、権限と責任を明確にした文書を作成し、職員に周知していくことが期待されます。</p>		

#### 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>&lt;コメント&gt; 放課後等デイサービスの買い物プログラムでは、コンビニエンスストア、百元ショップ、スーパーマーケット、お肉屋さんなどに数百円を持って行き、買い物体験をしています。予定表の中に、買い物プログラムの意図が、「金銭理解、社会性」を獲得するためであること記載し、保護者に知らせています。子どもに社会的体験を積み重ねさせていくことを重視しており、保護者からの評価も良好です。第三土曜日は希望者を対象に課外活動として、電車、バスなど公共交通機関を使い、動物園、水族館、ミュージアムに出かけています。地域の行事や活動への参加については今後の課題と考えています。</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>	c
<p>&lt;コメント&gt; 現在のところ、事業所としてボランティアの受け入れはなく、受け入れマニュアル等の用意もしていません。月に一回実施される課外活動では、共催している提携事業所のボランティアの方の協力のもと実施しています。今後は、事業所としてボランティアを受け入れていきたいと考えています。学校教育への協力については今後の課題です。</p>	
(2) 関係機関との連携が確保されている。	
<p>【25】 II-4-(2)-① 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>&lt;コメント&gt; 各児童にとって必要な関係機関・団体については、個人ファイル内の「放課後デイ基礎調査票」に記載されており、職員間で共有化されています。学校とは必要に応じて担当者会議を開いています。ケースに応じて、例えば担任教諭、学年主任、コーディネーター、市の担当者、医師、保護者等とケース会議を開き、問題解決に取り組んでいます。区の放課後デイサービス事業所の連絡会議に参加し、事業所に共通のテーマや情報交換をしています。最近では、送迎車の置き去り防止対策について話し合いました。利用者のアフターケアについては、今後、利用児が中学校に進学する際に、具体的に実施していきたいと考えています。</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 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>&lt;コメント&gt; 区内の放課後等デイサービス事業所の連絡会で、事業所として共通のテーマについて協力して取り組んでいます。学校との関係では、送迎の時に校内での子どもの様子を聞いたり、必要に応じて、教員や関係職種と担当者会議を開くなどの関係をもっています。町内会、地域住民との交流活動は特に行われていません。</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>	c
<p>&lt;コメント&gt; 現在のところ、放課後等デイサービスの事業に活動を集中しており、地域にむけた公益的な活動の実施には至っていません。</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
<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>	b
<p>&lt;コメント&gt; 法人の基本方針に人権の尊重を掲げており、事業所の運営規程に明記しています。職員は、入職時に法人内研修を受け、理念や基本方針、利用者主体の支援を行うことを理解しています。事業所では年度初めの職員会議で「職員倫理行動マニュアル」を読み合わせし、共通意識のもと支援していますが、福祉サービス提供の標準的な実施方法に関する文書の作成には至っていません。職員の違いによる差異が極力生じないように、標準的な実施方法を文書化することが望まれます。</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>&lt;コメント&gt; 法人の「職員倫理行動マニュアル」に利用者のプライバシー保護を明記しています。職員は定期的にマニュアルの読み合わせをしており、理解が図られています。事業所内の掲示物で写真を掲載することがあるため、保護者には契約時に重要事項説明書で十分配慮することを伝えて、写真掲載についての同意を書面で確認しています。希望しない児童の写真は掲示しないなど配慮しています。</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>&lt;コメント&gt; 事業所ホームページやパンフレットなどは、写真を活用して活動内容や設備を視覚的にわかりやすく掲載しています。事業所見学は随時対応しています。保護者が児童の活動の様子を知りたい場合は利用時間に見学をしたり、職員からゆっくり説明を受けたい保護者には利用時間外でも対応し、保護者の希望に応じています。児童の体験利用は、既存の児童たちの生活リズムに配慮し、現在は見送っています。</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>	b
<p>&lt;コメント&gt; 近隣の同一法人の児童発達支援センターから継続して利用する児童が多く、サービスの開始の手続きはスムーズに行われています。保護者にはパンフレットを用いて、活動内容について丁寧に説明しています。事業所間の連携が図れており、継続した支援が引き継がれています。利用時には、重要事項説明書に沿って施設の概要や基本的なルールの説明を行い、重要事項に関する同意、写真掲載についての同意、身体拘束・行動制限についての同意を書面で確認しています。</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>	c
<p>&lt;コメント&gt; 開所して2年目のため対象の利用者がおらず、非該当「C」とします。</p>	
<p>(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>	
<p>【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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt; 利用者の満足度を把握するため、保護者アンケートを年1回実施しています。保護者との個別面談や懇談会を通じて、保護者の意見を広く収集しています。事業所では厚生労働省ガイドラインに基づいて、利用者評価と職員自己評価を毎年実施しており、評価結果は法人ホームページに掲載しています。しかし、自己評価結果の分析・検討するための仕組みがありません。課題を抽出し改善策の取組が期待されます。</p>	

(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>

「苦情解決に関する規則」に基づき、苦情解決の仕組みを整備しています。保護者には、重要事項説明書を用いて利用契約時に説明し、玄関に苦情解決体制ポスターを掲示するなど周知しています。職員用の苦情解決事務手続き（マニュアル）を作成しており、利用者からの苦情を受付けた際の流れをフローチャートで明記し、速やかに対応するよう心掛けています。職員の受付記録・苦情委員の受付記録・苦情委員会議記録・申出者への苦情受け付け通知などの様式が定められています。

【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。

a

<コメント>

保護者とは年2回の定期面談以外にも、いつでも相談に応じています。保護者には送迎時以外でも、連絡帳や電話・メールなどいつでも意見や相談を受け付けることを周知しています。保護者からの相談や児童の様子などは、職員間で情報共有しています。玄関には、法人の「県央ヘルプデスク」総合相談のポスターを掲示するなど、相談先が複数あることを周知しています。

【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。

b

<コメント>

事業所では、保護者アンケート・懇談会・個別面談を通じて、利用者の意見や要望などを把握する仕組みがあり、積極的に取り組んでいます。保護者会では、事業所の活動に関する質疑応答の時間を設け、双方向コミュニケーションに努めています。職員は、保護者からの相談などを児童の個人記録に記入していますが、受付時の手順などのマニュアル化には至っていません。職員による対応方法に差異がないよう、仕組みを統一する意味でも、マニュアルなどの策定が望まれます。

(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。

b

<コメント>

リスクマネジメントに関しては、法人の職員ハンドブックを整備しています。職員ハンドブックでは、ヒヤリハット管理・インシデント管理・クレーム対応・災害時発生時の対応などをフローチャートで明記しており、職員共通認識のもとに取り組んでいます。職員は、ヒヤリハット報告は翌日の昼礼で情報共有し、改善策などを検討しています。現在、オンライン研修や動画配信など研修体系が増えたことで、職員の安全確保・事故防止に関する研修受講を検討しています。

【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。

a

<コメント>

法人では感染症予防対策に関するガイドラインを整備しています。近年は、新型コロナウイルス感染防止対策を重点的に図っていましたが、現在は情勢の変化に応じて改訂するガイドラインを確認し、最新情報を職員間で共有しています。事業所では利用者に向けて感染症防止策や注意喚起に関するお知らせを配布しています。事業所内で感染症が発生した場合は、施設長が窓口となって情報収集など対応しています。定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会を実施し、情報共有することが望まれます。

【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>

職員ハンドブックに災害発生時の対応と各対策組織図が明記されています。災害発生時に職員の安否確認は、法人の一斉通報メールで行うシステムを導入しており、毎年一斉メールで配信訓練をしています。利用者には希望すれば法人の安否確認の一斉通報システムを利用できることを周知しています。現在、事業所では食料や備品類などの備蓄はしていませんが、近隣の同一法人事業所との連携を図るなど体制を整備することが望まれます。

## 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>	c
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画に基づき、子どもへの具体的な支援方法、注意点は文書化され、共有化されています。また、緊急対応マニュアルは、緊急時の対応方法、連絡方法などのフローが明記されています。送迎表には、送迎時間や子どもの名前、ルート、一日の流れが書かれていて、職員は必ず確認することになっています。ただし、生活場面ごとの標準的な支援マニュアル、時程に沿った職員の動きや準備するものなど基本的な業務マニュアルがありません。法人作成の「倫理行動マニュアル（児童版）」では、発達支援に携わる職員の心構え、とるべき行動が示されていますが、事業所の業務マニュアルとして具体化していくことが求められます。このほか、法人作成の各種マニュアルも事業所の活動に合わせた内容にカスタマイズしていくことが期待されます。</p>	
<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>	c
<p>&lt;コメント&gt; 日常的な業務内容については、職員会議などで検証し、課題があればその都度、改善しています。ただし、子どもたちの受け入れから、個々の対応についてなど、新人職員も含めすべての職員が行うべき業務手順や注意事項が示された文書の整備が不十分でした。まず、基本的な業務マニュアルを事業所として整備をしていくことが求められます。そのうえで、職員や利用者からの意見や提案を反映しながら、実施方法の検証、見直しを定期的に行い、個別支援計画にも適切に反映できるような仕組みを構築していくことが期待されます。</p>	
(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
<p>&lt;コメント&gt; 利用児童は、提携している児童発達支援事業所の卒園児であるため、その個別支援計画をベースにして支援をスタートしています。受け入れ後に、改めて面談、行動観察、支援会議を通じてアセスメントを行い、個別支援計画を作成しています。支援会議は担当者同士で随時行い、個別支援計画で示されている本人の具体的な到達目標にそって分析を重ねています。個別支援計画を半期ごとに振り返り、保護者に説明と同意の手続きをしています。不登校や行動障害のある子どものような支援困難なケースについても、学校、市、医療機関などと連携して対応を検討する取組をしています。今後も、個別支援の内容を利用児童一人ひとりについて、さらに深めていきたいと考えています。</p>	
<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>	a
<p>&lt;コメント&gt; 個別支援計画は、半年に1回以上振り返ることが運営規程で定められています。支援担当者は随時、支援会議を開き、個別支援計画の子どもの具体的な到達目標課題ごとに、行動観察の結果を評価し、これを積み上げる中で、計画の見直しにつなげています。保護者からの申し出などにより、個別支援計画を緊急に変更する場合は、保護者と面談をして課題を抽出、分析、検討し、計画の見直しを行っています。</p>	
(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>	b
<p>&lt;コメント&gt; 業務日誌は、職員の動き、来客等、一日の動き、子どもの出・欠席、車両の利用状況、連絡状況やヒヤリハット等が記載されています。利用者ごとに活動内容が決められた書式で毎日記録されています。「連絡・記録」には主にクラスで起きたことを記録し、翌日の受け入れ前に対応を検討するために生かされています。毎月の職員会議では子どもの様子を職員全体が共有すべき内容の記録をまとめ、報告しています。記録は事務所のパソコンネットワークで共有化されています。記録要領の作成や職員の指導等の取組は行っていません。</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

<コメント>

法人には「文書管理規程」があり、保管期限、保有方法、廃棄方法が決められています。「個人情報保護規程」に、個人情報の収集、管理、利用及び提供、開示及び訂正の申出、限定された利用目的が明記されています。個人データの管理責任者は法人理事長、管理者は常務理事、事業所監督者は所長と定められています。利用者には契約時に個人情報の取り扱いについて説明し、写真の使用についての同意書を得ています。職員は入職時に研修を受け、「職員ハンドブック」にも遵守が明記されています。事業所内のパソコンはパスワードで管理されており、個人ファイルは施錠された棚に保管されています。