

第三者評価結果

事業所名：ぽるく中原

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> 理念・基本方針を明文化し、法人ホームページや冊子などに記載しています。理念には、法人・事業所の使命、目指す方向や考え方を読み取ることができます。職員には、組織の一員として期待する人物像も明記し、入社時や研修などで理解を深めています。利用者や家族への周知は、初回の利用時に資料を配布し、説明をしています。コロナ禍の影響で年度ごとの保護者会が開けず、周知が十分でなかったとしています。</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。 | a |
| <p><コメント> 法人は社会福祉事業全体の動向において分析し、各事業所に周知しています。地域の福祉情報は、川崎市の集団指導、報道などで把握しています。地域的な特徴や経営環境などを加味し、毎月「収支予算実態比表」予算、実績などの資金収支を法人に提出しています。定員あたりの通所率、入所・退所状況などの把握・分析は、事業所で行っています。</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> 各事業所運営の分析は、法人が行っています。事業所は、定められた「経営企画会議資料」を毎月提出しています。分析による課題などは、事業所に周知され、分析内容は職員で共有し、改善に向けた取組を話し合っています。近々では、事業所のアピール拡大として子ども文化センター、見守りセンターなどに事業所のパンフレット設置の承諾を得ていますが、まだ、地域的な取組は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> 法人策定の障害・高齢・保育、全部門における中長期計画は、Webで公表しています。事業所は、法人の障害福祉サービスの目標をもとに事業計画・報告を年度ごとに策定していますが、事業所独自の中長期計画は策定していません。社会貢献・地域貢献を積極的に行い、福祉サービスにおける地域の拠点となるという長期的な目標は、職員全員で明確にしていますが、文書化はしていません。</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> 法人の中長期計画に反映した事業所独自の事業報告・計画を半期ごとに作成しています。子ども一人ひとりの支援内容により、環境整備が異なるため、具体的な支援内容や収支報告も含めた内容にしています。開設3年目とする事業所環境にコロナウイルス感染症による社会情勢の影響があり、計画通りに実施できなかったとしています。</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 |

<コメント>
年2回行う保護者・職員による事業所評価の結果を職員会議で共有し、職員の意見反映のもとで、数値目標や具体的な成果なども含む内容に仕上げています。事業報告・事業計画は半期ごとの手順に基づいて作成していますが、事業報告で記載した実施内容から具体的な課題、改善策として事業計画につなげる仕組みが、まだ、十分とは言えません。

| | |
|--|---|
| 【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>
通所初めには、主な事業計画を保護者に説明していますが、コロナ禍の影響で年度ごとの保護者会が実施できず、保護者への説明ができていません。対面形式に拘らず、家族支援の充実・信頼関係の構築を図るためにも周知の工夫が期待されます。

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>
障害の異なる子ども一人ひとりが落ち着いて過ごせる事業所環境について、職員全員で常に確認し、質の高い支援提供に努めています。日々の支援評価・見直しや半期ごとの事業所評価を実施し、第三者評価は今回、開設3年目で受審しました。事業所ではPDCAサイクルを正しく活用し、支援の向上につなげる体制を構築していきたいとしています。

| | |
|---|---|
| 【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>
事業所の支援サービス（児童発達支援・放課後等デイサービス）に関する利用者評価・職員評価の結果、および、改善策を明記した評価表を年1回法人のホームページに公表しています。評価結果をもとに職員間で検討し、改善策・改善計画を策定しています。必要に応じて見直しをかけながら、支援の向上に努めています。

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。 | b |

<コメント>
運営規定や「職員ハンドブック」に役割と責任を明記した職務分掌があります。小規模の事業所のため、必要最低限の職員でそれぞれの役割と責任を理解し、チームワークのもと、支援に取り組んでいます。有事における権限委任については、さらに明確に周知していきたいとしています。

| | |
|---|---|
| 【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>
管理者は、法人策定の規則・規定・マニュアル類に定められたルールを理解し、適正な事業所運営を行っています。管理者として必要な法令順守に関する研修や勉強会に参加しています。「指定障害福祉サービス事業所点検シート」・法人作成のセルフチェックによる確認や事例などを取り上げ、職員間で学んでいます。特に配慮を必要とする支援では「法令順守規程」をもとに個別支援計画に記録し、保護者の同意を得ています。

| | |
|--|---|
| (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 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> 保護者・職員の評価を実施し、評価結果について職員間で意見交換を重ねながら、具体的な改善策を明示するなど精力的に行っています。スケジュールの視覚化、利用者と職員のコミュニケーションツールの開発、個人記録の改善などを行いました。管理者自らも支援活動に参加し、職員ともに支援内容全体から見直しや課題を抽出し、改善策を検討しています。支援体制の仕組みをさらに強化していきたいとしています。 | |
| 【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> 月次試算表・事業所評価などをもとに、事業所の現況を分析し、課題を抽出しています。経営の改善や業務の向上に向けた人員配置・職員の働きやすい環境整備など、事業所経営の向上に向けて取り組んでいますが、難題と捉えており、さらなる工夫が必要だと考えています。 | |

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、配置、育成に関する方針などは、法人が計画的に実施しています。人材育成については、法人主体の人材育成計画が確立しており、階層別、分野別、テーマ別など、専門性を高める研修を受講することができます。事業所においても分野別の知識向上に向けて外部研修への参加も推奨しています。人材の確保・定着について、職員は課題があると認識しています。 | | |
| 【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> 「職員ハンドブック」には「法人が期待する人物像」として13項目の人物像を明確にし、入職時の研修で理解を深めています。法人の人事規定に人事基準、人事評価などが明記され、職員に周知しています。職員一人ひとりの人事管理は、部会長（エリアマネージャー）が、中心となり、総合的な人事管理を行っています。職員の将来的な希望は、法人の人事管理システムによる「目標達成シート」で把握し、面談や目標達成に向けた助言などを行っています。また、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り組んでいる。 | b | |
| <コメント> 面談を通して職員の就業状況や意向の把握をしています。有給休暇の取得状況を確認し、できる限り職員の希望に沿えるよう調整をしています。職員が話しやすく、モチベーションを高められる職場環境を心がけ、事業所が一体となって子ども・保護者目線の支援に努めていますが、まだ十分ではないとしています。人員体制について、現在具体的な計画はありません。 | | |
| (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 | |
| <コメント> 「期待する職員像」は、「職員ハンドブック」などで明確にしており、機会あるごとに伝えています。法人の人事管理システムにより、目標管理の体制が整えられています。「目標達成シート」により、職員自身の目標の設定、管理者による進捗状況・目標達成度の確認など、常勤職員・非常勤職員ともに、目標を考慮し、助言を行っています。管理者は育成において、適切な助言・指導などがまだ十分ではないと考えています。 | | |

| | |
|--|---|
| 【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。 | b |
|--|---|

<コメント>
 「職員ハンドブック」に法人が必要とする専門技術や資格を明示しています。階層別研修、部門別研修など、法人の体系化された研修計画に参加するほか、事業所として児童発達支援・放課後等デイサービス支援の専門性を高める研修には精力的に参加しています。時間的に参加できない場合は、オンデマンド形式の研修参加を推奨しています。研修の評価見直しを行います。日々の支援状況により、計画的に進めていくことが難しいとしています。今後は、さらに研修参加への工夫が期待されます。

| | |
|--|---|
| 【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>
 法人の研修計画により、該当する職員に参加要請があります。事業所においても外部研修の情報を提供し、参加希望者には時間確保など、できる限りの研修支援を行っています。また、事業所内では事例検討を行い、利用者の背景、障害の状況や日々の行動など、異なる障害への理解を深める意見交換の場としています。職員全員が専門性を高める教育の場をさらに増やしていきたいとしています。

(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。 | c |
|--|---|

<コメント>
 実習生受け入れの基本姿勢やマニュアルの整備など、受け入れに対する体制は未整備の状況です。開設3年目を迎える事業所では、まず、事業所の安定した運営が優先され、実習生受け入れまでの仕組みを整えるには至っていません。福祉人材育成のためにも、今後検討していく課題だとしています。

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。 | a |

<コメント>
 法人ホームページには、法人の使命、概要、各種報告・計画・予算・決算情報を公開しています。第三者評価の受審、苦情相談の体制などは、重要事項説明書や利用契約書に明記しています。また、第三者評価の受審結果（今年度初めて受審しています。）、苦情内容や改善策も公表しています。法人ホームページに事業所の概要が紹介されていますが、今後は事業所独自のホームページの作成を検討しています。子育て支援施設や子ども文化センターなどにパンフレットを設置、配布しています。さらに増やしていきたいとしています。

| | |
|---|---|
| 【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>
 事業所の事業運営・経営に関する監査は、法人による内部監査が実施され、必要な経営改善が執り行われています。業務に関する事務、経理、取引などのルール、職務分掌と権限・責任は、「職員ハンドブック」に明記され、組織の一員として守るべき行動規範としています。外部の専門家による外部監査は、現在までのところ実施していません。

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 |
| 【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>
 法人の基本方針に「地域との共生をめざす」と明記しています。児童発達支援の子どもたちは、毎日のように地域の公園に出かけ、遊びに来ている親子や保育園児と触れ合う機会を設けています。子どもや保護者からシャボン玉と一緒に遊ぶ楽しさを教えてもらったり、興味深く行動を見て真似るなど、遊びから学ぶ貴重な機会としています。放課後デイサービスでは、買い物に出かけたり、バスや電車を利用するなど、社会経験や生活体験をプログラムに取り入れて学んでいます。地域的な行事参加への支援は行っていません。

| | |
|---|---|
| 【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。 | c |
|---|---|

<コメント>
ボランティアの受け入れの実績があります。これまで障害児・障害者支援の経験者を受け入れていますが、受け入れに対する基本姿勢の明文化やマニュアルは整えていません。将来的には、障害についての未経験者や学校教育への協力も検討していきたいとしています。トラブルや事故を防ぐためにもボランティア受け入れの基本姿勢とマニュアルの整備が望まれます。

(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>
個々の利用者の支援状況により、関係団体と協力した取組を行っています。療育センター、相談支援事業所、学校、保育所、ソーシャルワーカーなど、複数の関係者・関係機関を利用する子どもの環境に合わせた支援に努めています。必要に応じて担当者との会議や支援現場を見学し、子どもの状況・日常の生活環境を把握して、支援の一貫性に努めています。まだ、十分ではないとしています。

(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 福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。 | c |
|---|---|

<コメント>
子どもの支援に必要な関係機関・団体との連携は行っていますが、地域の福祉ニーズや生活課題を把握する取組は行っていません。事業所として地域の課題・解決策に貢献できる職員数も十分ではなく、地域貢献を積極的に行える環境ではないとしています。地域交流・地域貢献は、今後の課題だとしています。

| | |
|--|---|
| 【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。 | b |
|--|---|

<コメント>
法人による社会貢献・地域貢献は積極的に行われています。近々では「ランドセルを海外に送る」取組で事業所では7個のランドセルを集めることができました。事業所単体で行う地域の社会貢献は行っていません。開設3年目とする現状のため、まず、事業所を安定させてから地域貢献に取り組んでいきたいとしています。

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 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>
法人で「職員倫理行動マニュアル」を整備しています。マニュアルには「児童版」もあり、より具体的な場面に即して平易な言葉で説明しています。倫理行動マニュアルを踏まえて、利用者支援マニュアルを作成しています。虐待防止のセルフチェックを毎月実施しています。職員は入職時の新任研修でこのマニュアルに沿って、職員の心構えやとるべき行動を学んでいます。虐待防止委員会で支援内容が虐待に相当しないかどうか検証し、職員会議等で周知しています。

| | |
|---|---|
| 【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。 | a |
|---|---|

<コメント>
倫理行動マニュアルでプライバシー保護について触れ、それに基づいて支援を行っています。着替えの際は、活動場所以外の部屋を使用したり、アコーディオンカーテンで間仕切りをするなどしてプライバシーが守られるようにしています。異性に対する排泄介助などでは保護者とも話し合って支援の程度を決めています。例えば、トイレのドアを開けて見守る必要がある場合は、支援計画にその旨を記し、保護者から同意書を受領しています。

(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
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>

目的、方針、利用対象者、業務などを記したパンフレットを作成し、子ども文化センター等に配架しています。パンフレットは地図・建物断面図・イラストを入れてわかりやすくしています。また、療育センター、区役所の見守り支援センターに情報提供し、周知を依頼しています。児童発達支援放課後等デイサービス検索サイトにも情報を載せています。利用希望者から申し込みがあった際は必ず見学してもらっています。将来は法人ホームページだけでなく、事業所ホームページも作成したいと考えています。

【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

<コメント>

契約時に利用契約書、重要事項説明書を提示し、補足資料とともにサービス内容を丁寧に説明しています。そして扶養義務者から同意の署名を受け取り、保管しています。日本語の理解が十分でない外国籍の保護者の場合は、療育センターケースワーカーの職員に同行を依頼しています。しかし、これらの取組はルール化されておらず、事業所では今後の課題ととらえています。

【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

<コメント>

福祉サービスの変更については、個人情報保護を配慮したうえで丁寧に対応しています。サービスの利用が終了したときは、その後の相談方法や担当者について知らせることは可能であることを保護者に知らせています。移行支援については、ニーズがあれば対応できる体制を整えています。変更に関する手順や引き継ぎ文書の規定、書式はありません。サービスの継続性を損なわないよう引き継ぎの手順や様式等について定める検討が期待されます。

(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>

厚生労働省の「児童発達支援ガイドライン」「放課後等デイサービスガイドライン」の保護者等向け評価表を使って昨年度末にアンケートを行い、79%の保護者から回答を得ています。アンケート結果は職員会議で検討し、各質問に対する回答と意見及び意見を受けての対応策を法人ホームページで公表しています。例えば、事業所での様子がわからないという意見に対しては、参観日を設けるという対応を行って改善を図っています。今後、利用者参画のもとで検討会議が行われることが期待されます。

(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>

法人で苦情解決に関する規則を整備し、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置しています。苦情があった場合はクレーム(苦情)報告書を作成し、グループ長、常務理事、事務局長、理事長が情報を共有してコメントを記しています。また、事業報告書に苦情・クレームの件数を記しています。苦情については、申し出た家族や近隣住民に解決結果を報告しています。

【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。

a

<コメント>

重要事項説明書、及び、パンフレットに苦情窓口を記載し、サービスの利用開始時に説明しています。2階に相談室を設置し、相談に応じています。ほとんどの保護者が第三者委員など複数の相談窓口があることを理解していることが、利用者調査結果からわかります。相談事は連絡帳のほか、電話、メールでも随時受け付けて対応しています。

| | |
|---|---|
| 【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。 | a |
|---|---|

<コメント>
法人で苦情解決事務手続き(マニュアル)を作成し、それをもとに事業所で円滑、かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順を定めています。「児童発達支援ガイドライン」「放課後等デイサービスガイドライン」の保護者等向け評価表を使ったアンケートを年1回実施し、自由記述欄の意見を検討しています。個別支援計画の更新時期に行う個人面談で、保護者からの意見を聞き取っています。相談・意見については個人ファイルに記録して残しています。

(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>
法人で危機管理規程を作成し、リスクマネジメント体制を構築しています。事業所では、法人内の多機能型事業所と連携して事故防止に努めています。事業報告書に事故・インシデント・ヒヤリハット・車両事故の件数及び内容と対応を記しています。事故とインシデントは発生後、ただちに事故報告書を作成し、法人に連絡しています。ヒヤリハットは職員会議で再発防止について検討しています。そして半年ごとに法人に報告し、リスクマネジメント委員会が分析しています。

| | |
|--|---|
| 【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>
法人で感染症に関するマニュアルやガイドラインを整備し、状況変化に合わせて改訂しています。事業所では、法人内の多機能型事業所と連携して感染防止に努めています。コロナウイルス感染拡大時には、消毒液、マスク、グローブ、防護服などを用意し、正しい使用方法を職員全員で習得しました。また、コロナウイルス感染症だけでなく、インフルエンザ、感染性胃腸炎などの予防策についても職員会議で検討しました。今後、感染症の予防等に関する勉強会を開くなど、事業所独自の取組も進めていくことが期待されます。

| | |
|--|---|
| 【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>
事業所の地震等防災マニュアルを作成しています。事業所は洪水浸水想定区域にあり、水害の際には垂直避難を行うこととしています。備蓄リストを作成し、担当者を決めて管理しています。防災設備を整え、防災カーテンを使用しています。保護者の連絡先を安否確認システムに登録し、地震及び火災を想定した防災訓練をそれぞれ年1回ずつ実施しています。事業所の対策について、保護者に重要事項説明書を使って説明しています。今後、行政や消防署等と連携した訓練の実施が期待されます。

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

| | |
|---|---|
| 【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法人の利用者支援マニュアルで文書化しています。職員は入職すると児童発達支援や自閉症に関する支援研修を受け、その後児童発達管理責任者についてOJTで実践を学んでいます。事業所では複数で支援に当たることが殆どであるため、標準的な実施方法に基づいて支援を行っているかどうか確認できるようになっています。

| | |
|---|---|
| 【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。 | a |
|---|---|

<コメント>
日々の支援内容を支援記録、引き継ぎノートに残しています。また、保護者とのやり取り等も連絡帳や個人ファイルに記録しています。これらの資料をもとに、毎月の職員会議・個別支援会議で個別の支援を振り返りながら、共通に実施すべき標準的な内容も確認しています。コロナウイルス感染症に対する対応など、標準的な実施方法にも影響を及ぼすことが生じた場合は議事録に残し、職員間で共有して適切に変更しています。

(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
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>

フェイスシート・アセスメントシートに基づき、児童発達支援管理責任者が責任者となって個別支援計画を策定しています。児童発達支援事業利用者については、療育センターの心理評価結果も加味して作成しています。放課後等デイサービスの利用者については、相談支援事業所と情報共有を行っています。一人ひとりの具体的なニーズを反映させるために、個別支援計画書の目標項目は発達段階や心身の状況に応じて変えています。個別支援計画と支援記録の項目を合わせてあるため、計画どおりに支援が行われているかどうか確認が容易にできるようになっています。

【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。

a

<コメント>

個別支援計画の見直しについては、利用契約書に明記しています。モニタリングは、目標の達成状況について年2回保護者と面談し、職員から状況を聞き取って案を作成しています。療育センターにも支援内容・達成状況を報告して共有しています。そして、個別支援会議で内容を確認して確定させたくて個別支援計画を更新しています。何らかの理由で個別支援計画を緊急に変更しなければならなくなった場合は、児童発達支援管理責任者が保護者や学校と連携して対応しています。

(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

【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

<コメント>

利用者への支援内容は事業所で定めた様式に記録し、支援会議等で共有しています。ただ、様式によって記載欄が違うなどの不具合があり、支援記録については、様式を個別支援計画書に合ったものになるよう改訂しました。まもなく記録アプリが導入される予定です。導入後は時間をおかず記録し、他の職員ともその場で共有できる状態になることが期待されます。

【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。

b

<コメント>

法人で個人情報保護規定を定め、個人情報の収集、管理、開示などを定めています。記録管理の責任者は理事長です。事務室に鍵付きのロッカー及びキャビネットを整備し、個人情報関係書類を保管しています。保護者に対しては利用開始時に契約書の読み合わせを行って確認し、同意書を受領しています。職員は入職時に個人情報に関する研修を受け、毎年適切な管理を行っているか確認しています。事業所ではさらに研修内容を充実させていきたいと考えています。