

第三者評価結果

事業所名：やまと発達支援センターWANTS

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></p> <p>法人の理念、基本方針、使命（ミッション）、職員行動指針は法人パンフレット、およびホームページに掲載されています。また、事務所スペースに掲示されており、いつでも職員は確認することができます。各年度の事業計画に理念にもとづいた年度方針、重点課題が書かれており、職員は共有しています。利用者や家族への周知については特段の取組はありません。理念、方針について、より理解を深めていく取組は十分ではない、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。	a
<p><コメント></p> <p>事業所の責任者として所長がいますが、実際には統括施設長が実務的なリーダーシップをとっています。統括施設長は、毎月の所長会議の議事録を読み込み、社会福祉事業の全体的動向、法人経営の状況などを把握し、分析しています。経営環境に関しては、市内の児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所の基礎資料を独自に作成し、開設、廃止などの動向や活動状況などをリサーチしています。事業所として、年間の利用見込み数と収支見込表を作成して、分析しています。</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></p> <p>事業所として経営状況の把握に務め、損益分岐点を見定めながら、職員体制の見直しや経営方針の検討を重ねています。赤字経営の改善が求められてきたため、今年度は利用者増に取り組み、収入アップを達成し、収支の黒字化が見込まれています。しかし、一部職員の業務量の負担増加につながっており、これ以上の無理はできないとしています。児童発達支援はていねいなアセスメントとプログラムを続けることに意義があるため、そこは手を抜くことはできないと考えています。重大な経営課題について、事業所と法人の役員と認識の共有と、事態の改善への取組が望まれます。</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><コメント></p> <p>事業所としての中・長期計画は作成していません。過去に法人が策定した中・長期計画がありましたが、現状に合っていないと考えています。法人としてめざすべき目標、経営課題が事業所に伝わらない中で、事業所としても中・長期計画を作成するのは困難だとしています。法人と目指すべき方向性についての認識を共有していくことが望まれます。</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><コメント></p> <p>中・長期計画の反映はありませんが、事業所としての重要課題を整理しています。今年度は、「総合支援型」の支援をより具体化し、単年度事業計画を強化していくこと、法人への成人期の接続機能をより強めること、働きやすい職場づくり、経営の安定化を掲げ、具体的な計画を記載しています。今後は、計画の実施状況の評価を行うことができるような、計画目標の立て方を工夫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> 事業計画は、常勤職員と統括施設長の間で話し合い、意見を集約して策定しています。日常業務の遂行に追われているため、事業計画の実施状況の把握や評価は、感覚的に行っているだけで、計画的には行えていません。事業計画は、年末までに進行状況を振り返り、次年度の計画を検討するようにしています。	
【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。	c
<コメント> 契約時に、事業所の概要、利用内容、活動予定を説明し、利用契約書、重要事項説明書に記載されている範囲で事業所の取組を説明しています。利用者に年間予定表を配布していますが、事業計画の主な内容を利用者や家族等に周知することはしていません。今後、事業計画の主な内容を利用者、家族等にわかりやすく説明していくことが期待されます。	

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> 療育支援の活動終了後には、必ず30分程度の「ふりかえり」の時間を設けています。子どもたちの様子、指導員の関わり方、声のかけ方などについて職員で振り返り、次につなげるようにしています。個別支援計画は子どもの姿をもとに目標をたて、活動内容を計画し、働きかけを行い、その結果を年間の前期、後期で評価をしています。定められた基準に基づいた自己評価を利用者家族、職員にアンケート方式で毎年実施しています。評価結果は、ホームページに公開され、職員と管理者が打ち合わせの場で分析、検討し、事業計画に反映するようにしています。	
【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。	b
<コメント> 自己評価の評価結果は分析され、事業計画に反映しています。職員間で課題について話し合い、その都度、改善策を検討して取り組んでいます。今後、計画的に改善取組を実施していくことが望まれます。自己評価の結果が毎年公表されていますが、結果だけでなく、事業所としての分析結果、所感、方向性などについて文書化されることが望まれます。	

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> 本来は「所長」が管理者ですが、所長は他の事業所と兼務となっており、日常的、実質的には「統括施設長」が当事業所の業務ないし職員の管理を行っています。しかし、統括施設長は、「運営規程」に示されておらず、管理者として職務権限上の位置づけ付けが不明確なうえ、対外的にも明らかにされていません。一方で、児童発達支援事業、放課後等デイサービス事業としては、児童発達支援管理責任者を、管理者と位置付け、重要事項説明書にも記載されていますが、経営や人事を含めた事業所全体の運営責任をもつ立場ではありません。管理者を内外に明確にすることは組織として重要です。今後の改善が望まれます。また、有事における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任を含めて明確にすることも望まれます。	

【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>
統括施設長は遵守すべき法令等を十分理解したうえで、取引事業者、行政との適正な関係を保持しています。定期的に職員会議で虐待防止委員会、身体拘束等適正委員会を開催しています。法人は前理事長名で「コンプライアンス宣言」を出しており、コンプライアンス室、公益通報制度を作り、規程を定めています。ハラスメント防止と相談窓口について、事業所内に掲示されています。法令遵守についての研修や勉強会の参加については、十分ではないと考えています。

(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>
統括施設長、児童発達支援管理責任者は共に、日々の療育活動を確認し、継続的に支援の質の現状について評価、分析をしています。とくに児童発達支援管理責任者は実際の療育内容について意欲的に取り組み、職員のなかでリーダーシップを発揮しています。毎回の活動後には必ず担当職員と話し合いながら、療育内容が適切だったかの振り返りを行っています。職員の教育・研修の充実については不十分と考えています。

【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>
統括施設長は、事業の収支見通しをデータ分析しながら、安定的な経営を目指して人員体制の調整や整備に務めています。利用者の数と職員体制のバランスをみながら、支援の質の向上と職員の働きやすさを求めて人員配置に努力していますが、なかなか思い通りにいきません。採算性を上げたために、職員の負担が増大したという現状を、次年度はぜひ改善したいとしています。

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>
「運営規程」には、事業所にとって必要な人員が記載されています。また、職員の資質向上のため、採用時研修（採用後1ヶ月以内）、継続研修（年3回）を実施することが記載されています。公認心理士、児童指導員、保育士の専門職を配置しています。ただし、現行の人員体制で療育サービスの質を維持しているため、職員の長時間の超過勤務を余儀なくされています。そのため人材確保が目下の重要課題と考えています。また、日常業務が多忙なため、研修の時間を確保できないことを課題としています。

【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>
法人は「職員の行動指針」、「職員倫理行動マニュアル」を策定し、法人として期待する職員像を明確にしています。「給与規程」、「基本給表」に職種ごと、級・号俸にもとづいた給与支給が行われています。「昇給、昇格、昇進に関する細則」には、所長などの推薦者により審査会を経て理事長が判断するとの手続きが定められています。諸規定について職員は事務所で閲覧することができます。過去には一定の人事基準に基づいた目標管理がありましたが、現在は中断しています。現在、法人として検討し策定中です。

(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。	b

<コメント>
労務管理に関する責任者は管理者である所長ですが、事実上、統括施設長がその立場を担っています。職務権限上の位置付けを明確にすることが望まれます。有給休暇は年間5日は取得するように勧めています。時間外労働が多いため、人員体制や業務のキャパシティーの見直しが必要だと感じています。職員との個別面談は年2回程度、健康診断は年1回、メンタルチェックは年2回実施しています。法人は仕事上やメンタルの相談ができる「心のサポート相談室」を用意しており、心理士、保健師による相談、カウンセラーを受けることができます。ワーク・ライフ・バランスは法人の制度上は整っていますが、職場実態から運用が十分にされていません。統括施設長は、仕事に対する自信と誇りをもつよう職員を指導しています。

(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。

b

<コメント>

かつては職員一人ひとりの目標に対して進捗状況と振り返りをしていく目標管理システムがありましたが、現在法人は、そのシステムの利用をストップさせており、あらたなシステムを検討中です。今年度は事業所ごとに「人事評価表」を使い、職員の目標をS、A、B、C、Dの5段階で本人と上長が評価することを行いました。しかしこの取組は法人の組織的な裏付けが薄く、仕組みとしては不十分と感じています。

【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>

法人として、「職員の行動指針」、「職員倫理行動綱領」が定められ、「運営規程」には「職員の資質向上のために研修の機会を設け、業務体制を整備する」ことを謳っています。法人の「職員研修規程」には、職階別研修、職種別研修、連続研修、実践報告会、管理者・役職者研修、フォローアップ研修、新入職員研修などの研修体系が決められています。さまざまな研修の機会は用意されていますが、参加義務のある研修以外は、参加出来ていないのが実情です。

【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。

c

<コメント>

個別の職員のスキルや資質は把握されています。職員のレベルに応じた適切な研修を受講を勧めたいと考えていますが、現在は時間的、人員体制的に困難と感じています。新人職員は先輩職員とともに療育活動を実際に体験し、活動終了後に30分程度「振り返り」を行っています。そのなかで子どもへの言葉のかけ方、観察のポイントなど一つひとつ指導しています。研修に参加する場合は、勤務扱いとなります。職員一人ひとりの研修機会は不十分と考えています。

(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。

II-2-(4)-①
【20】 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。

b

<コメント>

毎年、実習生として大学生を2名受け入れています。実習前にはオリエンテーションを行い、スケジュール、実習内容、個人情報保護や不適切な言動がないようになど、学校が用意した誓約書に合わせて学生に説明しています。実習内容は、実際にグループ活動の参加や、準備を経験します。日誌を書いてもらい、コメントを担当者がつけて返しています。実習中には学校の担当者が来訪し、本人の面談と実習の進捗についての情報交換、意見交換を行っています。実習生の受け入れについての基本姿勢の文書化、手順についてのマニュアル化、指導者研修は今後の課題です。

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、法人の理念、基本方針、使命、事業計画書、事業予算書、法人報告書、法人決算書、現況報告書等が公開されています。ホームページの事業所案内には名称と所在地、電話番号が記載されているだけで、事業所で行っている活動が公表されていません。今後は、積極的に事業所の存在意義を地域社会に発信していくことが望まれます。苦情解決の体制について責任者、担当者、第三者委員が玄関に掲示され、公表されています。苦情はまだ受け付けた実績がありませんが、受け付けた際は改善・対応の状況について適切に公表していくつもりです。

【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>

法人には「内部管理体制の基本方針」が定められており、経営についての管理体制、リスクの管理体制が決められています。内部監査部門が事業所に定期的に会計、業務運営についてチェックに訪れています。法人は数年に1回、外部の監査法人に委託し、各事業所の財務監査支援を行っています。監査結果は、事業所間で共有されています。事務、経理、取引所のルールが十分職員に周知されていないと感じています。日常の業務分担表がありますが、各職種、職階の権限・責任を明確にすることが望まれます。

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> 利用する子どもたちの「インクルージョン（共生）」を支援することが、事業所の重点目標です。子どもたちが他の子どもたちと共に地域の保育所、幼稚園、学校などに通えるように支援しています。職員が実際に保育所などを訪問し、声のかけ方、教え方、遊びの内容などのコンサルテーションを行っています。また、グループ活動の一環で、ファミレスに食事に行き、店員とのやりとり、注文の取り方、会計の仕方などの経験をしています。テイクアウトを電話で依頼することを子どもたちが行うこともしています。注文品を店から受け取り、支払いを済ませ、事業所に帰ります。このほか、セルフレジを体験したり、ボーリング場、ゲームセンターにも行っています。さまざまな地域の社会資源を活用し、地域との交流を通じて、インクルージョンを支援しています。地域の行事や活動には参加できていません。</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><コメント> 現状、ボランティアは受け入れていません。事業所における療育サービスは一定の専門性が求められ、ボランティアが活動できる領域がなかなか見出せないため、としています。ボランティアの存在は、地域社会との架け橋です。ボランティアの存在によって、子どもたちの成長ぶりや発達支援の意義がさらに認知されていく手掛かりになることが期待されます。</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>	a
<p><コメント> エリア内の相談支援事業所、自立支援センターなどのマップが事務所に掲示され、連絡先が記載されています。相談支援事業所などから、支援を求める利用者の紹介を受けて、面接、見学、利用開始につながっており、日常的な連携が取られています。子どもの様子や環境面で懸念がある場合に、これらの機関とケース会議を開くこともあります。</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>	c
<p><コメント> 相談支援事業所からの紹介などにより、事業所に申し込む利用者から、本人にとっての具体的な福祉ニーズを把握しています。また、市が主催する「放課後等デイサービス・児童発達支援施設連絡会」が年2回程度開かれ、それぞれの事業所の近況報告を交わして交流を図っています。しかし、利用者以外の地域の福祉ニーズや生活課題を把握する取組はできていません。</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>	b
<p><コメント> 法人は「社会貢献活動プロジェクト」を立ち上げ、横浜市中区寿町で生活困窮者を支援する、「寿炊き出しの会」やバザーのサポートを行っています。事業所の職員は参加できていません。毎年赤い羽根共同募金の協力をしています。また、毎月のように利用児童の通う保育園、幼稚園、小学校を訪れ、子どもへの声のかけ方、指導方法、遊びの内容などについて専門的な知見をもとにアドバイスを行っています。その他に地域のニーズに基づく公益的な事業・取組まではできていません。</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><コメント> 法人は「県央福祉会職員倫理行動要綱」や「職員倫理行動マニュアル」を策定し、入職時に職員に配布して研修を実施しています。その後も、毎月の職員会議等で読み込み、話し合い、理解を深めています。利用する子どもや家族との日々の会話や個別面談を通じて、子どもの思いに近づけるよう取り組んでいます。毎月の療育サービスに関わるミーティングでは、子どもとその家族を尊重することを十分に意識して、振り返り等を行っていますが、組織的取組等が課題だと認識しています。</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> 利用する子ども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、職員への研修によって理解が図られています。プライバシー保護については子どもの入所時に保護者に説明し、理解を得ています。写真は撮影・掲載等一切禁止しています。</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><コメント> 利用希望者の多くが、地元大和市のすくすく子育て課からの紹介、または座間市のパンフレットを見ての問い合わせ等になっています。相談事業所として、電話で話をし、その後インテーク（援助を求めて相談機関を訪れた保護者等に療育支援専門家などが行う面接）や見学を通して説明を行い、必要に応じて体験利用なども行っています。事業所独自のパンフレットは今後内容を見直し、より分かりやすい内容に変えて、市役所を始めとする行政窓口や相談支援事業所等に配布・配置していく計画です。</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><コメント> 福祉サービスの利用開始時は、子ども・家族に、内容に関する説明をわかり易く丁寧に行い、合意を得るようにしています。理解のうえで、重要事項説明書及び所定の利用契約書で最終的な確認・合意を得ています。サービス内容の変更にも子ども・家族に説明し、同意を得て、その内容を書面で残しています。尚、関連する資料等に、ルビをふる等の工夫はされておらず、課題としています。</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> 福祉サービスの内容に変更があった際は説明し、同意を得て、一人ひとりの自律・自立した生活へ向けた療育支援に努めています。18歳（高校3年生までの利用期間の終了後）以降については、法人内の障害福祉サービスを継続して利用できるよう、必要な情報提供や見学の機会を設けるなど支援しています。事業所では他の事業所等への移行に際しての手順や、引き継ぎ文書の規定、書式はありません。また、福祉サービスの利用が終了した後も子どもや家族の相談等に対応していますが、文書等で公表はしていません。</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><コメント> 法人は毎年事業所評価アンケート調査を実施し、利用者の満足度やニーズを把握しています。結果は法人が集計し、ホームページで利用者評価（児童発達支援・放課後等デイサービス）としてグラフ化し公開しています。利用者や家族意見に対しても、法人から一括して回答しています。事業所では毎回の療育支援活動時間の最後の10分間を「フィードバック」として時間を取り、今日やっていたことや困りごとなどを家族と話す時間を作っています。家族会等はこれまでは実施出来ていません。</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。

b

<コメント>

苦情解決の体制は法人として整備されています。事業所では管理者と職員1名が苦情受付担当者として設置されています。解決責任者は事業所代表者(所長)です。第三者委員2名と合わせ、これらの体制を重要事項説明書や利用契約書に記載し、利用者や保護者に対して丁寧に説明しています。これまでに寄せられた苦情はなく、公表等の事例はありません。第三者委員は2名設置され、重要事項説明書に記載されていますが、連絡先の記載がなく、電話番号等の記載が期待されます。

【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>

利用する子ども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。子ども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。特に、毎回の療育支援活動時間の最後の10分間を「フィードバック」として時間を取り、今日やっていたことや困りごとなどを家族と話すコミュニケーションの時間として大切にしています。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。他者の目につかないような相談室を用意しています。

【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>

家族とは適切な相談対応と傾聴に努めています。療育の時間中は相談に乗ることが難しいため、日時を決めて相談対応をしています。各家族と年1回、秋に面談の時間を作っています。「フィードバック」の時間では、1対1、グループでは7対1等で意向を聞き、把握した意見や要望にはスピーディーな対応を心がけています。家族の意見で療育スペースの様子が良く見えるよう収納棚の配置を変更・改善した事例があります。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。

b

<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。事業所では管理者がリスクマネージャーとして、子どもの安心と安全を脅かす事例(ヒヤリハットやインシデント事例)の収集に努めていますが、事例は多くありません。毎月の職員会議等で法人内の事例の共有などを行っています。改善策や再発防止に関する組織的な取組を課題としています。

【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「新型コロナウイルス感染症予防に関するガイドライン」等に沿い、事業所では管理体制を整備して取り組んでいます。職員の感染症予防に関する予防意識は高い状態が保たれています。毎日検温し、机・いす等の備品は毎朝消毒作業を実施しています。現在大きな問題なく対応できていますが、事業所として対応マニュアルの作成等、体系的な取組は不足していると認識しており課題としています。

【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>

法人の年間2回の防災訓練に合わせ、利用する子ども・家族共に参加して避難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、メールで子どもや家族の安否確認が出来る体制が確立しています。防災対策の備品や備蓄品等はまだまだ完全ではなく、今後の整備・備蓄が期待されます。避難訓練に際し、消防署や近隣の住民、自治会などとの連携が実施できていません。今後の連携が期待されます。

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>	c
<p><コメント> 標準的な実施方法の基本、特に発達支援に携わる職員として守らなければならないものとして「県央福祉会職員倫理行動マニュアル」（児童版）があり、そこには利用する子どもたちの尊重、プライバシーの保護、権利擁護に関わる姿勢が場面ごとに具体的に明示されています。事業所における日常業務の手順については、職員への個別指導によって周知し、毎回の活動後に必ず「振り返り」を30分程度行い、適切に提供したサービスが実施されたかの確認をしています。ただし、一連の業務手順は、口頭で伝承されているのが実態であり、今後は文書化していくことが求められます。</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>	b
<p><コメント> 子どもたちの療育支援活動を終了するごとに、職員が集まり「振り返り」をしています。ここでは、あらかじめ用意した遊具、プログラムに基づいて、子どもにやらせてみた結果がどうだったかを検証しています。子どもたちはあの時わかっていただけなのか、とまどっていなかったか、なぜなのかを振り返ります。そして仮説を立てて、違う方法を試行してみる、という風に少しでも適切な療育方法に近づけるように取り組み、必要に応じて個別支援計画に反映しています。手順を文書化して、組織的な仕組みにしていけることが望まれます。</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>	a
<p><コメント> 個別支援計画の作成責任者は児童発達支援管理責任者です。利用契約時に、乳児期の発達状況、家庭での食事、睡眠、排泄、着替え、コミュニケーション、遊び・余暇、困った行動・パニックなどの生活の様子、生活スケジュール、好きなもの・嫌いなもの（食べ物、場所、物、遊び・行動、人のタイプ）、よく出かける場所・頻度・移動方法を把握し、指導計画の基礎資料としています。また、利用開始後は、子どもの様子を観察し、個別支援計画の「芽生え」として記録し、一人ひとりの「目標」を立てていきます。「はたらきかけ」をした結果・効果の評価し、モニタリングを繰り返しています。必要に応じて、田中ビネー知能検査、新版K式発達検査などの心理検査を併用しています。「靴の紐を結ばせたい」、「忘れ物を減らすにはどうしたら」、「時計の読み方を教えてほしい」など、家族からの要望にも応えて計画を作っています。多動、他害、パニックなど支援困難なケースでは、個室で個別対応にしたり、虐待や保護者対応で困難があるときは、関係機関とケース会議を開くことがあります。</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>	b
<p><コメント> 個別支援計画は、前期、後期の年2回、評価（モニタリング）を行っています。保護者に同意と交付を受けたことの署名入りの書面を受理しています。見直しによって変更した個別支援計画の内容は、担当者が責任者に伝えたり、関係職員に回覧もしています。見直しの手順が文書化されることが期待されます。</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><コメント> 法人のネットワーククラウドの記録システムを使っています。個別支援計画に記載された、具体的な子どもの目標（〇〇の練習をしましょう）ごとに、日々の記録を入力する仕組みになっています。記録の積み重ねが、個別支援計画の子どもの姿＝「芽生え」になっています。日々のミーティング（振り返り）で、子どもの様子のどこに着目して記録するのかなど、着眼点の整理を中心に職員に指導していますが、組織的横断的な認識共有については、不十分と感じています。</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。

b

<コメント>

「文書管理規程」には、文書の種類ごとに保管期限（細則あり）、保存方法、廃棄台帳の運用などが定められています。また、「個人情報保護規程」には、適正な情報管理の方法、開示方法、漏洩対策と対応方法が定められています。利用契約書に個人情報の保護、職員の退職後も含めた守秘義務、書類の保存保管、開示についての取り決めを示しています。職員は、採用時に研修を必ず受けていますが、入職後の継続的な教育、研修は十分ではない、と考えています。