

第三者評価結果

事業所名:

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。	a
<コメント> ホームページ、パンフレットで法人理念を掲載しています。法人理念に基づき、南部地域療育センター運営方針を策定し、玄関や待合室、職員室、指導室など各所に掲示しています。運営方針は、センターが目指す方向性を示したもので、職員の行動規範となっています。全職員が参加する年度初めの全体会で法人理念、ビジョン、運営方針を説明するとともに、法人研修や内部研修でも取り上げ、周知徹底を図っています。年度の目標策定時にも目標が運営方針に沿っているか確認しています。保護者に対しては、重要事項説明書に運営方針を記載し、利用開始時には理念に基づくセンターの役割や機能を分かりやすく説明しています。	

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 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
<コメント> 所長および管理職は、横浜市療育センター長会議や横浜市療育センター連絡会などの行政や関係機関による各種会議に参加し、社会福祉事業の動向や福祉サービスのニーズ、利用者像などの情報を幅広く収集しています。所長は、法人内事業所の各所長が参加する法人経営会議で経営状況についての情報を得ています。コスト分析や利用者の推移、利用率等の分析は、管理課で行っています。収集した情報は、所長、園長、地域支援課長、管理課長による管理職会議で検討していますが、さらに掘り下げて分析していく必要があるとらえています。	
【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
<コメント> 財務状況や職員体制、人材育成等の経営上の課題は法人本部で分析し、法人理事会で役員間で共有されています。所長は、法人経営会議で経営上の課題や問題点についての情報を得ています。情報は、管理職会議で報告し、改善策について検討し、結果を主任会議や回覧で職員に周知しています。施設の老朽化に伴う修繕の必要箇所の順位付けや解決に向けた分析などを法人と連携して実施して修繕計画を策定し、横浜市と協議して改善に向けて取り組んでいくことが期待されます。	

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 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> 2019年～2023年のセンターとしての中期経営計画および収支計画を策定しています。中期経営計画には、「1、人材育成、2、待機への取組、3、柔軟な療育システムの構築、4、経営基盤の強化と施設の管理運営、5、危機管理体制の整備、6、地域における公益的な取組」の6項目の重点課題をあげて目標と具体的な取組が記載されています。中期経営計画に基づき行動計画を策定し、毎年進捗状況をチェックしています。中期経営計画は職員に回覧し、年度初めの全体会で説明しています。	
【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。	a
<コメント> センターとしての単年度の事業計画と収支計画を策定しています。事業計画は、中期運営計画に掲げた6項目の重点目標に基づき策定されており、連動したものとなっています。事業計画には、診療所、通園、地域支援課、管理課の4事業部門ごとの数値目標や具体的な成果が設定されており、実施状況の評価を行えるものとなっています。現場職員と実施状況を確認し、課題を共有できるように、課ごとに6項目の重点目標に沿った年度の目標設定をしています。	

(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>	
中間期、及び年度末に各部署・チームおよび各課で振り返りをし、管理職会議で達成度の評価をしています。年度末には、各課、各部署ごとに話し合い、年度の自己評価をして次年度の目標設定をしています。現場で出た職員の意見は主任が吸い上げ、ミーティングや職員会議で報告しています。課ごとにまとめた目標と行動計画案を基に、管理職会議で検討して事業計画としてまとめ、年度初めの全体会で職員に周知しています。	
【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。	b
<コメント>	
年2回、父母の会会長、保育所・幼稚園園長、地域訓練会等の関係機関・団体が参加する運営協議会で事業計画書および事業報告書の報告をしています。ただし、父母の会役員会や通園利用保護者との意見交換会で、事業計画そのものについて説明するまでには至っていません。また、玄関に閲覧できるように事業計画書を設置するなどもしていません。法人の事業計画および事業報告は法人ホームページに掲載しています。	

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。	a
<コメント>	
各課および部署・チームでセンターの重点目標に沿った目標を設定し、中間期および年度末に達成度の評価をしています。部署・チームの自己評価をもとに課としての「目標設定振り返りシート」をまとめています。課ごとの自己評価結果を主任会議、管理職会議で検討していく中で、全職員がそれぞれの立場で自己評価に関わり、施設全体でPDCAサイクルを回す仕組みができています。通園課（親子通園、単独通園）と児童発達支援事業所では、ガイドラインによる自己評価表を用いた職員評価と保護者アンケートを行い、結果を課内で検討し自己評価としてまとめています。第三者評価については、定期的に受審しています。	
【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>	
各課で話し合って重点目標の達成度や成果について自己評価し、「目標設定振り返りシート」にまとめています。通園と児童発達支援事業所では職員自己評価と保護者アンケートを基に、職員間で話し合い、強みと改善点を明らかにして改善策を検討し、自己評価しています。目標設定振り返りと自己評価の結果は次年度の事業計画に反映しています。重点改善課題については委員会や対策プロジェクトチームを編成し、組織をあげて改善に向けて取り組んでいます。	

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>	
所長は、年度初めの全体会で、センターの運営方針や重点目標について職員に説明しています。ホームページに「所長あいさつ」、通園課のおたよりに「所長コラム」を掲載し、自らの役割や責任を表明しています。組織図はあるものの、所長や管理職の役割や責任の所在を明文化したセンターとしての職務分掌の策定はされていないので、文書化していくことが期待されます。災害など有事における所長の役割や不在時の権限委任については、消防計画や各種マニュアルに明文化されています。	
【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>	
管理職は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者等との適切な関係を保持しています。管理職は、法人本部や行政が主催する法令遵守に関する各種会議や研修に参加しています。年4回の全体会で、虐待関連の法令や個人情報保護条例、ハラスメント防止などの研修を実施しています。また、人材育成委員会では、職務への姿勢を「職員のあるべき姿」としてまとめ、全職員に配付しています。	

(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
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>

各課の管理職は、現場の様子を見て回り職員や利用者様の様子を把握するとともに、年1回の振り返りや利用者アンケートの結果などから、提供するサービスの質や課題を把握しています。管理職は、各種会議や委員会に参加して職員と意見交換し、質の向上に取り組んでいます。保育所・幼稚園との併行通園の希望者が多いことを受けて通園回数を週2回から週1回に頻度を減らしてクラス数を増やしたなど、利用者のニーズに柔軟に対応することで質の向上につなげています。職員の教育や研修については、人材育成委員会が中心となり充実を図っています。

【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>

管理課が人事や労務、財務等の状況について把握して管理職会議で共有し、改善に向けて検討しています。所長は、スタッフルームで職員に声をかけてコミュニケーションを取るとともに、困難ケースなどの相談のつたり、職員の悩みを聞いたりしています。また、人材育成委員会や安全衛生委員会、パソコン通信委員会などの各種委員会を組織し、業務の実効性を高めるために取り組んでいます。センターでは、時代や保護者のニーズに柔軟に対応していますが、センターの施設や人員体制でどこまで対応できるかなど長期的な視点にたった経営課題についての議論を重ねていくことが期待されます。

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>

指定管理者としての横浜市の配置基準に加えて法人の加配職員を配置しています。人材育成計画を策定し、人材の確保と育成を行っています。人材採用は法人が実施し、ホームページの活用や独自の就活セミナーの開催など、積極的に取り組んでいます。非常勤職員の常勤職員への採用や以前働いていた職員の再雇用など、様々な工夫をしていますが、産休代替職員など人員確保は難しく、課題となっています。また、無期派遣雇用の活用など、職員の定着に向けた取り組みも実施しています。

【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>

給与規程、人事考課規程で人事基準が明確に決められていて、職員に周知しています。人事考課シートを用いて、意欲評定（勤務態度）と能力評定（職務遂行能力）、及び目標設定シートを用いた実績評価をしています。人事考課の結果は、面談でフィードバックしています。また、意向調査面談を実施し、異動希望など職員の要望を聞いています。階層ごとに求められる職員像を作成しているものの、職員が自らの将来の姿を描くことができるようなより明確なキャリアパスの作成は今後の課題となっています。

(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。

a

<コメント>

労務管理の責任者は所長で、事務が中心となって時間外労働や有給取得率などの職員の就業状況を把握しています。管理職や主任は、必要に応じて声をかけて話を聞き、職員が一人で悩みを抱え込むことがないように働きかけています。法人の相談窓口や産業医に相談することもでき、ハラスメントの相談窓口も設置しています。職員のワーク・ライフ・バランスに配慮し希望すれば時短勤務できる、非常勤職員も常勤職員と同様の研修受講やクラス運営できるようにするなど、魅力ある職場作りに努めています。

(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

<コメント>

階層別に求められる姿を明示し、目標設定シートを用いて人材育成を行っています。職員は年度初めに目標設定して達成時期や達成水準、行動計画や具体的な方法を記載し、年度末に達成度とプロセスの評価をしています。年度当初と年度末の上長による面談で目標設定と達成度の評価をしています。中間面接はしていませんが、必要に応じて随時面談をして進捗状況の確認をするほか、意向調査の面談でも確認しています。

<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。</p>	<p>a</p>
---	----------

<コメント>

「センター職員に求められるもの」に職員に求める資質、「南部センターに求められる職員像」に階層ごとに求められる能力や達成レベルを明記し、全体研修で職員に周知しています。人材育成委員会が中心となって年間計画を策定し、新人、中堅職員、ベテランの階層別研修および全体研修を実施しています。人材育成委員会では、研修計画の実施状況を評価し、研修内容やカリキュラムの見直しをしています。また、法人主催の階層別研修、専任職員研修も実施しています。研修に参加した職員は研修報告書を提出し、部署ごとに共有しています。

<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。</p>	<p>a</p>
---	----------

<コメント>

職員の経験や職務に応じた個別の人材育成計画を策定し、必要な知識や技術の教育・研修を行っています。人材育成委員会による全体研修や新人、中堅、ベテランの階層別研修、法人主催の研修が実施されています。外部研修を案内するなど研修参加を推奨していて、職員は、横浜市リハビリテーション事業団の療育研修会、ウイリング横浜、県立こども医療センターなどが主催する外部研修に積極的に参加しています。新任職員に対しては、新人育成計画を作成し先輩職員によるOJTを計画的に行っています。

(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 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>

実習生受け入れの手順や配慮事項などを記載したマニュアルを作成し、保育士を中心に作業療法士などの専門職の研修も積極的に受け入れています。オリエンテーションで「実習にあたって」を用いて実習の流れやプログラム内容、個人情報保護などの注意事項について説明し、誓約書をとっています。実習期間中に大学の実習担当者が訪問して面談をするなど、学校とも連携しています。実習の指導者は、社会福祉士会実習指導者講習会を受講しています。実習生受け入れ体制は整備されていますが、実習生受け入れの基本姿勢が明文化されていませんので、今後はマニュアルに記載していくことが期待されます。

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 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>

ホームページに運営方針と施設概要、事業計画書・事業報告書、決算報告書、職員自己評価、保護者アンケート結果などの情報を掲載しています。定期的に第三者評価を受審し、結果をホームページで公表しています。苦情・相談の内容とその対応、改善の状況は年度の「事業概要」に掲載し、関係機関や見学者に配付しています。センターのパンフレットを福祉保健センターや保育所・幼稚園の担当者に配付しています。近隣5施設の合同イベント「すぎたからつな5（ゴー）」時には、地域住民の理解が深まるようセンターのパンフレットを置いています。

<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。</p>	<p>a</p>
--	----------

<コメント>

事務管理規程、文書取扱規程、経理規程などに事務や経理等に関する権限や責任を明文化しています。規程類は事務室に置かれていて、必要な職員はいつでも確認することができます。法人の監事による内部監査および公認会計士による監査を定期的に受けています。センターは、公認会計士からの指摘事項やアドバイスを経営改善に繋げています。

4 地域との交流、地域貢献

<p>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p> <p>【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。</p>	<p>第三者評価結果</p> <p>a</p>
--	-------------------------

<コメント>

法人の理念・ビジョンには「障害児・者が地域で育ち、地域で暮らすことを支援します」とあり、南部療育センター運営方針には「地域に開かれた療育センターを目指します。」と明文化しています。通園課では、地域の保育所・幼稚園と園内交流・訪問交流を実施しています。臨床心理士等各専門職は磯子区・金沢区保健センターの健診後の療育相談に向くなど地域への働きかけを積極的に行っています。また、杉田5丁目にある複数の法人の5施設が合同で地域活性化を目的に「すぎたからつな5（ゴー）」と題したイベントを行い、地域住民に施設を知ってもらう企画を毎年継続しています。部屋やプールの貸し出しなどの地域に向けての施設開放もしています。

<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>	<p>b</p>
--	----------

<コメント>

開所以来、療育の補助や教材作成をする「コスモス」と通園児の弟妹児を預かる「青いことりの会」というボランティアが組織化されており、積極的に受け入れをしています。保育ボランティアの受け入れについては、「ボランティアのしおり」を配布し、活動内容・子ども達と接する時の留意点や感染症対策・個人情報保護の重要性などをボランティア係が説明し、希望から登録・開始までの流れも整備されています。実習後、大学生がボランティアとして活動するなど、複数の大学との連携も行われています。基本方針に基づきボランティアを受け入れていますが、今後は「ボランティアのしおり」に基本姿勢を具体的に記載することが期待されます。

(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>	<p>a</p>
--	----------

<コメント>

地域の関係機関・団体・事業所などの社会資源は、地域支援課で保管し、ミーティング等で新しい情報などを共有しています。保育所・幼稚園での巡回相談、小学校での研修・コンサルテーション、磯子区・金沢区の「自立支援協議会」「学齢障害児余暇支援会議」「要保護児童対策地域協議会」「発達障害児・者地域支援ネットワーク」などの複数の地域会議にソーシャルワーカーが参加し、地域の問題の解決に向けての中核機関として連携を大切にしています。

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

<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>	<p>a</p>
--	----------

<コメント>

「運営協議会」を主催し、地域の保育所・幼稚園・行政との集まりを持ち地域ニーズを把握しています。隣接する地域活動ホームいぶぎ、磯子スポーツセンター、新杉田公園、新杉田ケアプラザと当センターで構成する「すぎたからつな5(ゴー)」では、「誰もが暮らしやすい地域作りを目指す」ことを目的として実行委員が話し合いの機会を持ち、合同の催しを開催して杉田5丁目の施設を地域の方に知ってもらう工夫を行っています。また、地域の保育所・幼稚園への巡回訪問時に地域の福祉ニーズの把握に努めています。

<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>	<p>a</p>
---	----------

<コメント>

把握した地域ニーズに基づき「各課の行動計画」を作成し、保育士・幼稚園教諭・小学校教諭などに、障害児理解と関わり方の研修を実施しています。グループ療育が始まるまでの期間、安心して過ごしたいという利用者ニーズに対応して、親子で週1回参加出来る子育てグループ「ありんこ」を実施しています。ニーズに応じて開催頻度を増やしています。また、地域の保育所・幼稚園の巡回指導や小学校に出向き、個別ケースに関するコンサルテーションに応じるなど専門機関として地域ニーズに応えています。

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

<p>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p> <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>	<p>第三者評価結果</p> <p>b</p>
---	-------------------------

<コメント>

南部療育センター人材育成委員会が作成し職員に配布され、全体研修で使われている「療育センター職員に求められるもの」に「一人ひとりの子どもを大切に」という文言があります。通園課「青い鳥」のしおりのねらいには「子どもたちが・・・主体的に生活する力を育ていけるよう支援します」とあります。全体研修では「多様な価値観を受け入れること」新人研修では「福祉職として必要な、援助に対する考え方、価値観や態度」について学ぶ場が提供されており、実践現場で利用者を尊重したサービス提供を見ることができました。「倫理委員会取扱要項」があり、療育の発展と利用者の尊厳の調和を図ることの必要性を明文化していますが、今後、福祉機関としての療育センターの「倫理綱領」等を作成し、「利用者尊重」「基本的人権の尊重」についてを明文化することが期待されます。

<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>	<p>c</p>
---	----------

<コメント>

個人情報に関するヒヤリハットについて日々のミーティングで話し合い、人材育成委員会で話し合いもなされています。子どもの羞恥心に配慮して女の子のトイレ介助は女性職員が行うこと、相談は個室を利用するなどプライバシーに配慮した実践がなされています。今後は、経験豊富な専門家集団の中で人材交代が行われても、同じ様にプライバシーに配慮した対応が出来るよう、療育センターの特性とあり方を踏まえつつ、子どもや保護者のプライバシーを守る為の基本姿勢を明文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
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「事業概要」をアップし、運営方針、施設の概要、各フロアーの様子の写真、利用の流れなどを分かりやすく提示しています。初回面談ではソーシャルワーカーが南部療育センターの機能について作成した資料を使って説明し、個別のニーズに応じた説明をしています。資料は、地域支援課で毎年見直しを行っています。どのように利用したいかの意向の確認を行った上で、通園選定会議で話し合い決定しています。

【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。

a

<コメント>

サービス開始前に、通園課および児童発達支援事業所「はらっぱ」では説明会を実施し、保護者に対して重要事項説明書を使って、サービスがどのように提供されるのかについて説明し、同意を得て申込を受けています。外国籍の方で言語によるコミュニケーションに配慮が必要な方がいる場合は、通訳ボランティアを事前に依頼したり、音声翻訳機を利用して理解できるように説明しています。必要に応じて、タブレットを利用したオンライン通訳を行うこともあります。意志決定が難しい場合には、ソーシャルワーカーが個別に支援し、保護者の意向を尊重できるようにしています。

【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。

a

<コメント>

サービスを移行する時は、必要に応じて、区の福祉保健センター・保育所・幼稚園など関わる機関と連携し、継続した支援が行われるよう「療育報告書」を使ってきめ細かな引き継ぎを行っています。地域支援課と通園課が就学先と連携し、就学後困らないように訪問しています。センターのサービスを終了した後も、ソーシャルワーカーは地区担当制になっており、巡回相談や制度説明など多岐に渡る相談に応じる仕組みになっていることを保護者に伝えています。法人理念に「障害児・者のライフステージに沿った伴走性を重視します」とあり卒園する際に、希望があれば次年度の就学先に職員が出向き情報交換を行うことができることを重要事項説明書に記載し説明をしています。就学に向けた説明会の実施や「小学生からの療育センターの利用について」というパンフレットを作成し、就学後もフォローアッププログラムを実施していること、様々な相談に乗る体制があることを説明しています。

(3) 利用者満足の上向上に努めている。

【33】 Ⅲ-1-(3)-①
利用者満足の上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>

通園課および児童発達支援事業所「はらっぱ」では、アンケートを実施し、「支援の適切な提供」「保護者への説明」「非常時等への対応」「満足度」についての集計を行い、職員の自己評価と合わせて分析を行い、共通点と相違点を抽出し、次年度の避難訓練の周知方法を変更するなど利用者満足の上向上に利用者の声を生かしています。また、年に複数回保護者とクラス担当との個別面接を実施し、個別の支援に対する利用者満足度を把握しています。毎月開催の父母の会役員会には園長と主任が参加し、意見を直接聞いています。

(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。

b

<コメント>

「社会福祉法人青い鳥苦情対応規程」があります。この1年間に「苦情」はありませんでした。1階玄関には苦情解決窓口についての掲示があり、階段踊り場には「ご意見箱」の設置があります。苦情受付体制については重要事項説明書にフロー図も含めて詳しく記載しています。日常から利用者や保護者からの不満を聞いた職員は主任や所属長に報告し、管理職会議で話し合い、改善できることは改善し、利用者の意向に従って口頭や文書で管理職が回答しています。今後は苦情解決の仕組みがあることを、保護者が理解できるように伝える事ができると良いでしょう。

【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>

利用者や保護者が相談したい時には、クラス担任、地区担当ソーシャルワーカー、相談支援専門員に相談できることを説明している他に、第三者委員、横浜市福祉調整委員会、かながわ福祉サービス運営適正化委員会などに相談出来ることを重要事項説明書を用いて説明し、館内にも掲示しています。また、利用していない部屋を適宜利用し、プライバシーに配慮した場所で相談や意見をいうことができます。

<p>【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。</p>	<p>b</p>
---	----------

<コメント>

日々職員が受けた利用者の意見に対して、管理職が臨機応変に会議を開き迅速に対応しています。また、アンケートに基づいて課ごとに集計・分析し、「自己評価シート」で振り返りを行い、改善への取り組みを文書化し、新たな取り組みに生かしています。活動内容を周知するフォームを作成したり、避難訓練の方法を変更して保護者に周知するなど見直しを行っています。今後、相談対応マニュアルを定期的に見直すことが期待されます。

(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。

<p>【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。</p>	<p>a</p>
---	----------

<コメント>

「安全衛生委員会」「災害対策委員会」が組織されており、定期的に会議が開催されています。リスクマネジメントに関する責任者は所長です。ヒヤリハット報告書は診療室の看護師が毎月まとめ、主任会議で報告しています。「事故報告書」は所定の書式で担当者から主任を通じて所属課長に報告され、主任会議で共有し、各部署の職員に周知しています。事故報告は市や法人本部に報告をしています。

<p>【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。</p>	<p>a</p>
--	----------

<コメント>

「感染症予防マニュアル」があり、感染症についての責任者は医師である所長です。「安全衛生委員会」を毎月行い、年1回の研修で職員に感染症についての周知を図っています。特に通園課職員は年度初めに区の感染症対策指導者研修に参加した職員が伝達研修を行い感染症対策を全職員に周知しています。新型コロナウイルス感染症については、換気・消毒・除菌の方法を分かりやすくまとめた文書を作成し、職員が徹底して理解できるようにしています。全室に空気清浄機を設置し、空調管理にも気を配っています。毎日利用した部屋やおもちゃの消毒をしています。利用者・保護者向けに「感染症拡大防止についてお願い」を配布し、各部屋には「感染症対策にご協力ください」とわかりやすい掲示をしています。

<p>【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。</p>	<p>b</p>
--	----------

<コメント>

「災害対策委員会」を2ヶ月に1回開催しています。通園課では毎月、全体では年に2回避難訓練を実施しています。地震・火災の他に津波を想定して高台の小学校に避難するための訓練や通園バス乗車時の避難訓練も実施しています。部署を超えて全職員が助け合って避難できるようにしています。保護者との連絡は連絡網アプリを利用して安否確認をします。大災害時における安全確認・状況把握・避難ルートなども確立しており、職員の出勤基準も定めています。火災や地震の時の避難場所は近くの公園ですが、津波の場合は隣の法人建物の3階への避難も想定し、依頼しています。地域の福祉避難所として地域の方の受け入れも想定して備蓄品はそろえていますが、より実情に即した実践的な運用に向けた準備が必要と思われます。

2 福祉サービスの質の確保

<p>(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。</p>	<p>第三者評価結果</p>
<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>	<p>b</p>

<コメント>

療育センターは専門家集団です。課ごとに業務が異なるため、標準的な実施マニュアルは課ごとに作成しています。それぞれの課では日々のミーティングで手順書を確認し、各課の会議で話し合い適宜変更をしています。手順書には、子どもや保護者との関わりの仕方について丁寧な記載があります。今後は利用者の特性理解を踏まえた上で、「利用者の尊重」「プライバシー保護」「権利擁護」などに関して、センターとして明文化することが期待されます。

<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>	<p>a</p>
---	----------

<コメント>

全ての手順に関するマニュアルは、各課のミーティングや会議で話し合い、変更しています。センターとして提供している療育サービスのシステムについては、主任および管理職が月に2回集まるプロジェクトで検討しています。また、保護者アンケート調査も参考に各課の自己評価を年度毎に行い、次年度のプログラムやサービス提供のあり方を検討しています。

(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>

個別支援計画は、ソーシャルワーカーによる初回面談、医師による初診、臨床心理士による発達検査、保育士との面接など他職種によるアセスメントと利用前に提出される保護者アンケートを基に、ソーシャルワーカーが作成する相談支援計画を踏まえて利用者一人ひとりの特性やニーズに合わせて担当保育士が原案を作成し、児童発達支援管理責任者が確認して作成しています。支援の必要なケースへの対応はソーシャルワーカーや担当が窓口となり区福祉保健センター・児童相談所などと連携して対応しています。

【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>

個別支援計画は、「IEP作成手順」に基づいて作成されます。必要に応じて各専門職とカンファレンスをして見直しています。見直しの時期はサービスにより違います。長期目標に基づいて、前期目標と具体的な支援内容を反映した個別支援計画を作成し、保護者に説明・同意を得て開始します。開始後、日々観察とモニタリングを実施・記録し、前期の支援内容を振り返ります。後期の個別支援計画の案を職員間で話し合い、児童発達支援管理責任者が確認し、後期の個別支援計画を作成し、保護者面談で説明し同意を得て実施しています。

(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>

サービスごとに様々な記録用紙を作成し、記録しています。部門ごとに書式の見直しは定期的に行い、必要な項目を精査しています。多種職による情報共有が必要なケースは柔軟に判断し、所内のパソコンのフォルダー利用して共有しています。パソコンにはパスワードを設定しアクセス制限を掛け、個人情報の保護には気を配っています。必要なケースについては会議やカンファレンスの場での共有も柔軟に出来ています。今後は情報共有の流れを整理して、仕組みとして整え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。

a

<コメント>

法人の「個人情報保護に関する規程」以外に「個人情報管理マニュアル」があり、利用者の記録の保管・保存・廃棄・情報の提供について明文化されています。各記録の管理は各部署の管理職が行っています。個人情報の保護・開示については新人研修で伝えています。保護者には重要事項説明書を使って説明・同意を得ています。