

福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

社会福祉法人 県央福祉会
湘南北部療育センター

平成30年9月25日

株式会社フィールズ

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構 認証第6号

福祉サービス第三者評価結果報告書

	〒	251-0024
	所在地	神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7
	評価機関名	株式会社フィールズ
	認証評価機関番号	認証第6号
	電話番号	0466-29-2-9430
	代表者氏名	関野 保

評価者氏名	評価者氏名		修了者番号等				
	①	樋田 誠	神機構-469				
	②	山口 圭子	神機構-316				
	③	佐藤 章	神機構-911				
	④						
	⑤						
	⑥						
福祉サービス種別		障害児多機能型事業所					
評価事業所名称		湘南北部療育センター					
評価事業所連絡先	〒	252-0813					
	所在地	神奈川県藤沢市亀井野2-20-10					
	TEL	0466-90-0808					
評価事業所代表者		須田 文彦					
契約日		2018	年	3	月	2	日
利用者調査実施日		2018	年	5	月		
利用者調査報告日		2018	年	7	月	10	日
自己評価の調査開始日		2018	年	4	月	24	日
自己評価報告日		2018	年	6	月	24	日
訪問調査日		2018	年	7	月	24	日
評価合議日		2018	年	7	月	24	日
コメント (評価の工夫点、第三者性確保のための措置など)		利用者調査におけるアンケートの回収方法は、回答者から直接評価機関に郵送してもらう方法により回答者が意見を言いやすくなった。 第三者性を確保するため、評価機関内に第三者を含めた評価委員会を設けて相談できる体制を整えた。					

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>法人の基本方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 人権の尊重とサービスの質の向上を図ります。 2. インフォームドコンセント及びエンパワーメントを大切にした利用者主体の支援を行います。 3. 地域との共生をめざします。 4. ニーズの多様化・複雑化に対応して行きます。 5. 社会的ルールの遵守（コンプライアンス）の徹底を図ります。 6. 説明責任（アカウンタビリティ）の徹底を図ります。 7. 人材の確保・育成のための研修体制の充実と、適切な人事・労務 管理を実践 8. 柔軟で行動力のある組織統治（ガバナンス）の確立をめざします。 9. 財務基盤の安定化に努めます。 10. 国際化への対応に取り組みます。 11. 社会貢献活動に積極的に取り組みます。
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>（1）職員に求めている人材像や役割</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の人権尊重と権利擁護を守れること。 2. 利用者主体の支援に努めること。 3. 明確な目標を持つこと。 4. 他の人の意見が聞ける人であること。 5. 積極的思考（ポジティブシンキング）のできる人であること。 6. 率先垂範のできる人であること。 7. 先駆的・開拓（チャレンジ）精神を持つ人であること。 8. 困難な仕事こそ喜んで立ち向かう人であること。 9. 品位と知性のある人をめざすこと。 10. 感謝する気持ちをいつも持てる人であること。 11. 他の人を信頼し、他の人から信頼される人であること。 12. 「お手伝いしましょうか」と言える人であること。 13. 切磋琢磨することを忘れない人であること。 <p>（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感）</p> <ol style="list-style-type: none"> （1）福祉の現場は、「社会福祉の仕組みや制度を変える」原動力となる使命があります。 （2）福祉の現場は「社会保障の第一線である」という認識を持って、時代の先端を歩まなければならないという使命があります。 （3）どんな人の人生も肯定される社会作りをするという使命があります。

調査対象

調査対象は、利用者(本人)で、利用者総数は50名となりました。有効回答人数は19名となりました

調査方法

利用者調査の方法は、アンケート方式で実施致しました。アンケートは無記名で返信用封筒に入れて機関に送付いただき、回答者が特定されないように配慮しました。

利用者総数

50

利用者家族総数(世帯)

50

共通評価項目による調査対象者数

50

共通評価項目による調査の有効回答者数

19

利用者家族総数に対する回答者割合(%)

38.0

利用者調査全体のコメント

利用者(家族)からの「総合的な感想」では、「大変満足」「満足」が94%です。不満が6%でした。
特に、満足度の高い項目は「事業所に通うことが、お子さんの身体機能や健康状態に良い影響を与えていると思いますか」や「事業所での活動は、お子さんが興味や関心を持てるものになっていると思いますか」、あなたは、職員の言葉遣いや態度、服装などが適切だと思いますか」では、概ね「はい」と回答しています。
利用者に対しての職員の対応は、丁寧で気配りの感じられる内容の意見には評価できると感じられました。
一方で、「あなたが困ったときに、職員以外の人(役所や、第三者委員など)にも相談できることをわかりやすく伝えてくれましたか」では、「はい」は74%に止まり、26%が「どちらとも言えない」となっています。
また、自由記入では「職員の方々、皆様が本当にどの子に対してもその子の目線に立って関わって下さり、とても感謝しています。
親としての子の関わり方や悩みも耳を傾けていただき、モヤモヤしていた気持ちが楽になりました。」といった感謝の意見がありました。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 事業所に通うことが、子どもの身体の機能や健康の維持・促進の役に立っているか	19	0	0	0
回答割合は、「はい」が100%という結果となっています。				
2. 事業所での活動は、子どもが興味や関心を持てるものになっているか	18	1	0	0
回答割合は、「はい」が95%、「どちらともいえない」が5%という結果となっています。「家では難しい活動もセンターで経験することで、それを別のところで再現しようとしていたり、家族に話してくれます。」といった意見もありました。				
3. 事業所に通うことが、子どもの情緒面での発達(感情のコントロールを身につける等)の役に立っているか	16	3	0	0
回答割合は、「はい」が84%、「どちらともいえない」が16%という結果となっています。「本人もそうですが、親としてどうしたらよいのかを学ぶことができています。」といった意見もありました。				

4. 事業所に通うことで、子どもに社会性(人と人との関わり合いやルール等)が身についているか	15	4	0	0
回答割合は、「はい」が79%、「どちらともいえない」が21%という結果となっています。「まだまだなことも多いですが、いつも丁寧にわかり、対応して頂き、感謝しかありません。」と言った意見もありました。				
5. 子どもの様子や支援内容(体調変化時の対応含む)について、事業所と情報共有できているか	17	1	1	0
回答割合は、「はい」が89%、「どちらともいえない」が5%、「いいえ」が5%という結果となっています。「連絡帳や自由時間にお話できるのでいいと思います。」と言った意見もありました。				
6. 家族に対する精神的なサポート(子育てに関する悩み相談や進路相談、家族間交流の機会の提供等)は役に立っているか	17	2	0	0
回答割合は、「はい」が89%、「どちらともいえない」が5%、「いいえ」が5%という結果となっています。「連絡帳や自由時間にお話できるのでいいと思います。」と言った意見もありました。				
7. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	16	3	0	0
回答割合は、「はい」が84%、「どちらともいえない」が16%という結果となっています。「・建物が古いので仕方ないとは思いますが、もう少し工夫してもらいたい部分もあります。」と言った意見もありました。				
8. 職員の接遇・態度は適切か	19	0	0	0
回答割合は、「はい」が100%という結果となっています。「・ポプヘアの職員さんは髪の毛を結んでいただきたいです。」と言った意見もありました。				
9. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	18	0	0	1
回答割合は、「はい」が95%、「非該当」が5%という結果となっています。「・おもちゃの取り扱いなどが主にですが、しっかり状況を把握して頂けるのがありがたいです。」と言った意見もありました。				
10. 子ども同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	16	2	0	1
回答割合は、「はい」が84%、「どちらとも言えない」が11%、「非該当」が4%という結果となっています。「・おもちゃの取り扱いなどが主にですが、しっかり状況を把握して頂けるのがありがたいです。」と言った意見もありました。				

11. 子どもの気持ちを尊重した対応がされているか	18	1	0	0
回答割合は、「はい」が95%、「どちらとも言えない」が5%という結果となっています。				
12. 子どものプライバシーは守られているか	17	2	0	0
回答割合は、「はい」が89%、「どちらとも言えない」が11%という結果となっています。「おもちゃの取り扱いなどが主にですが、しっかり状況を把握して頂けるのがありがたいです。」と言った意見もありました。				
13. 個別の計画作成時に、子どもや家族の状況や要望を聞かれているか	19	0	0	0
回答割合は、「はい」が100%という結果となっています。				
14. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	16	2	1	0
回答割合は、「はい」が84%、「どちらとも言えない」が10%、「いいえ」が5%という結果となっています。				
15. 利用者の不満や要望は対応されているか	17	2	0	0
回答割合は、「はい」が89%、「どちらとも言えない」が11%という結果となっています。「不満はありませんが、子供にとってどうした方がよいかのアドバイスをキチンと聞いてくれてありがたいです。」と言った意見もありました。				
16. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	14	5	0	0
回答割合は、「はい」が74%、「どちらとも言えない」が26%という結果となっています。という結果となっています。				

調査対象

調査対象は、利用者(本人)で、利用者総数は100名となりました。有効回答人数は51名となりました

調査方法

利用者調査の方法は、アンケート方式で実施致しました。アンケートは無記名で返信用封筒に入れて機関に送付いただき、回答者が特定されないように配慮しました。

利用者総数

100

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
100	0	100
51	0	51
51.0	0.0	51.0

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

利用者調査全体のコメント

利用者(家族)からの「総合的な感想」では、「大変満足」「満足」が73%です。無回答が27%でした。大変不満も5%(1名)でした。

特に、満足度の高い項目は「職員の言葉遣いや態度、服装などが適切だと思いますか」や「職員はあなたの気持ちを大切にしながら対応してくれていると思いますか」、「あなたの計画やサービス内容についての説明はわかりやすいと思いますか」では、概ね「はい」と回答しています。

利用者に対しての職員の対応は、丁寧で気配りの感じられる内容の意見には評価できると感じられました。

一方で、あなたが困ったときに、職員以外の人(役所や、第三者委員など)にも相談できることをわかりやすく伝えてくれましたか」では、「はい」は57%に止まり、10%が「どちらとも言えない」となっています。

また、自由記入では「毎月、指折り数えるほど楽しみにしています(本人が)。何も不満はありません。」といった感謝の意見がありました。

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 事業所での活動は楽しく、興味の持てるものとなっているか	47	4	0	0
回答割合は、「はい」が92%、「どちらともいえない」が8%という結果となっています。「・その日やることを文字・絵で分かりやすく提示してくれているので、安心だと思います。」といった意見もありました。				
2. 事業所での仲間との関わりは楽しいか	39	8	0	4
回答割合は、「はい」が76%、「どちらともいえない」が16%、「無回答」が8%という結果となっています。「・4月から環境が変わり、現在は本人がどう思っているか分かりかねますが、3月まではとても楽しく過ごしていたと思います。」といった意見もありました。				

3. 職員は、話し相手や、相談相手になってくれるか	42	6	0	3
回答割合は、「はい」が82%、「どちらともいえない」が12%、「無回答」が6%という結果となっています。「・分からなかったら聞いてね、と声をかけていただいているので、「手伝って下さい」などと言っている。」と言った意見もありました。				
4. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	44	5	0	2
回答割合は、「はい」が86%、「どちらともいえない」が10%、「無回答」が4%という結果となっています。「・分かりやすい空間になっていると思います。」と言った意見もありました。				
5. 職員の接遇・態度は適切か	50	1	0	0
回答割合は、「はい」が98%、「どちらともいえない」が2%という結果となっています。「・動きやすく、いい服装だと思います。靴下がかわいかったりが良いです。」と言った意見もありました。				
6. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	39	6	6	0
回答割合は、「はい」が76%、「どちらともいえない」が12%、「いいえ」が12%という結果となっています。				
7. 子ども同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	39	5	1	6
回答割合は、「はい」が76%、「どちらともいえない」が10%、「いいえ」が2%、「無回答」が12%という結果となっています。				
8. 子どもの気持ちを尊重した対応がされているか	46	3	0	2
回答割合は、「はい」が90%、「どちらともいえない」が6%、「無回答」が4%という結果となっています。				
9. 子どものプライバシーは守られているか	39	6	0	6
回答割合は、「はい」が76%、「どちらともいえない」が12%、「わからない」が12%という結果となっています。「・あまり秘密がないので分かりませんが、守ってくれていると思います。」と言った意見もありました。				

10. 個別の計画作成時に、子どもや家族の状況や要望を聞かれているか	41	6	2	2
回答割合は、「はい」が80%、「どちらともいえない」が12%、「いいえ」が4%、「無回答」が4%という結果となっています。				
11. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	46	4	0	1
回答割合は、「はい」が90%、「どちらともいえない」が8%、「無回答」が2%という結果となっています。				
12. 子どもの不満や要望は対応されているか	41	5	0	5
回答割合は、「はい」が80%、「どちらともいえない」が10%、「無回答」が10%という結果となっています。				
13. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	29	6	2	14
回答割合は、「はい」が57%、「どちらともいえない」が12%、「いいえ」が4%、「無回答」が27%という結果となっています。・私（親）が困った時は施設の職員以外に役所などに相談する。」と言った意見もありました。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○ 非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている ○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している ○ 非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている ○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○ 非該当
	● あり ○ なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝える ○ 非該当
	カテゴリー1の講評	
	法人の理念は事業所内に掲示し、職員に周知しています 法人の理念は事業所の2階廊下の掲示板に掲示し、職員、家族がいつでも見れるようにして、周知しています。入職時研修で、新人職員に理念について説明し、年度初めの職員会議でも読み合わせを行い、職員の理解を深めています。また法人が作成した倫理行動綱領の読み合わせも職員会議で、定期的に行っています。パンフレットやホームページには、基本方針を掲載し、利用者、家族にも理解が得られるように取り組んでいます。	
	経営層である管理者は職員会議などで、役割や責任について話しています 月1回開催される職員会議で、管理者から事業所の課題などを話し、職員の理解や協力を求めるとともに自らの責任などを話しています。運営規定にも管理者の業務職務内容が明示してあります。フローチャートにも緊急時、事故時などの管理者への報告なども記載されています。職員アンケートでは管理者としてのリーダーシップには理解が得られていません。	
	重要な案件については、常勤会議や職員会議で決議しています 重要な案件は月1回開催される常勤会議で決議されることが多いです。最近では管理者から経営が苦しいことを説明し、職員から残業を減らすようにすることなどが検討されました。即応性が求められる場合は管理者と一部の職員で検討することもあります。決定事項は毎月職員会議で、職員に伝えています。法人の所長会議には理事長、事務局、所長などが参加し、重要な案件を伝達されます。内容により、職員や利用者に文書や掲示などでも伝えています。	

2 カテゴリー2		
事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリー1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(000000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	○ 非該当
● あり ○ なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	○ 非該当
サブカテゴリー2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している		評点(000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	○ 非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○ 非該当
カテゴリー2の講評		
<p>全利用者にアンケートを実施し、ホームページで公表しました</p> <p>放課後デイサービスの全利用者にアンケートを実施し、内容をホームページで公表しました。児童発達支援事業の未就学児会議や放課後デイサービス会議などで、職員の意見を聞いて運営に活かすようにしています。年に2~3回管理者が職員の個人面談を実施し、個別に意見を把握、検討しています。各クラスごとに担任を決めて、児童発達支援では、クラスの中で保護者から直接意見を聞いています。</p> <p>市内の各連絡会や所長会議で地域の情報収集をしています</p> <p>藤沢市の児童発達支援事業所連絡会、放課後デイサービス事業所連絡会、相談支援連絡会などに参加し、事業所同士の情報交換や地域福祉の情報収集を行っています。また月1回法人の湘南エリア会議に15~16事業所長が参加し、湘南地域の福祉の課題やニーズの把握を行い、検討しています。市の情報なども掲示や回覧などで、周知しています。</p>		

中・長期計画を基に、事業所では単年度の事業計画を策定しています

法人が策定した中・長期計画を基に、事業所では単年度の事業計画を策定しています。今年度の3つの目標は、「療育サービスの質を高め魅力のある事業所作り」「ホームページや事業所内掲示などで、事業所の方針や考え方、実践している取組みなどを随時発信する」「利用児童によっては、家庭の他に他機関とも連携を取り合い、本人に楽しく療育に参加出来る内容・アイデアを情報共有する」で、達成するために取組んでいます。法人のエリア会議で、事業所ごとに収支、利用人数、推移などを報告し、予算編成を検討しています。

カテゴリ-3

3 経営における社会的責任

サブカテゴリ-1(3-1)

社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の標準項目実施状況

2/2

評価項目1

社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる

評点(〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	○ 非該当

サブカテゴリ-2(3-2)

利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている

サブカテゴリ毎の標準項目実施状況

4/4

評価項目1

利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	○ 非該当

評価項目2

虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○ 非該当

サブカテゴリ-3(3-3)

地域の福祉に役立つ取り組みを行っている

サブカテゴリ毎の標準項目実施状況

5/5

評価項目1

透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる

評点(〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	○ 非該当

評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	○ 非該当
カテゴリー3の講評		
<p>倫理綱領・倫理行動マニュアルを定期的に取り組み合わせを行い、職員の理解を深めています</p> <p>倫理綱領・倫理行動マニュアルなどを記載してあるハンドブックを法人から全職員に配布しています。倫理行動マニュアルには、「利用者との関係」「法人・施設との関係」「社会(地域)との関わり」「家族との関係」について具体にとるべき行動をについて記載されています。職員は定期的に取り組み合わせを行うことで、自身の行動の振り返りを行っています。その他法人ではドレスコード規定があり、職員の服装の基準を定めています。</p> <p>苦情解決制度を事業所の玄関に掲示し、利用者、家族に伝えています</p> <p>事業所の玄関・入り口には苦情受付担当者、責任者、第三者委員名などを明記した苦情解決制度について掲示し、利用者や家族に伝えています。苦情があった場合は、クレーム報告書に内容、対応などを記載し、法人にも報告しています。ヒヤリハット、インシデント報告書にも担当者は記載し、職員間で共有し、再発防止に努めています。利用開始時に所長から、重要事項説明書に記載されている「苦情申立て先」について、利用者、家族に説明しています。意見箱も玄関に置き、いつでも意見を聞ける体制になっています。</p> <p>虐待に関する研修に参加し、朝礼では行動について話合っています</p> <p>法人が毎年実施する権利擁護に関する研修や市の主催する虐待に関する研修に参加し、理解を深めています。事業所では年1回「寄り添うシート」を用いて研修を実施し、職員が日常の行動の振り返りを行っています。また朝礼ではヒヤリハット報告を職員が自主的にしていますので、不適切な行動などが無いように話し合う機会にもなっています。今までに虐待で市に通報をしたことは無いですが、児童相談所から虐待の疑いで電話連絡があり、協力しながら対応したことはあります。</p>		
カテゴリー4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリー1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 2/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる		評点(〇〇●●●)
評価	標準項目	
○ あり ● なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○ 非該当
○ あり ● なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○ 非該当
○ あり ● なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○ 非該当
● あり ○ なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○ 非該当
サブカテゴリー2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4

評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・管理している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ4の講評		
<p>リスク対策について優先順位をつけていませんが、常勤会議などで検討しています</p> <p>リスク対策につて優先順位をつけていませんが、非常災害時具体的計画を作成し、常勤会議などで検討しています。避難・防災訓練を年4回、午前の時間帯に3回、午後の時間帯に1回行っています。消防署に来てもらって訓練をしたことがないので、今後は消防署立ち合いの避難訓練を実施されることを期待します。侵入者対策として、10:30、12:30、15:30に玄関を施錠しています。災害時に電話が使用できなかった場合に、事業所から安否確認のメール配信が出来るように、予めメールアドレスを登録してもらおうシステムも整備しています。</p> <p>個人情報保護規定に基づいて情報管理を行っています</p> <p>法人で、個人情報保護規定を作成し、事業所では規定に基づいて情報管理を行っています。ネットワークやパソコン上での情報管理は、法人の情報システム室で、クラウドで管理しています。パソコン上のデータも「湘南北部療育センター」のホルダーのものは非常勤職員も含め職員が全員見られるようになっていきます。法人事務局からのデータなどはアクセス制限をし、管理者のみが見られるようになっていきます。USBやSDカードは登録したもののしか使用できず、持ち出しを禁止し、情報の漏洩防止に取り組んでいます。</p>		
カテゴリ5		
5	職員と組織の能力向上	
サブカテゴリ1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 11/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している		評点(0●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる		評点(0000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	○ 非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる		評点(0000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	○ 非該当
サブカテゴリ2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる		評点(000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	○ 非該当
カテゴリ5の講評		
<p>人事考課制度を設け、職員の目標設定、意欲向上に取り組んでいます</p> <p>人事評価票(チャレンジシート)に自分で目標などを記入し、それを基に管理者と個人面談をし、意向などを聞いています。個人面談で管理者が評価をしたものをエリアマネージャーが確認して、印を押しています。法人で、役職や級による役割などを決め、職務内容に応じたキャリアパスを作成していますが、職員アンケートでは職員の理解が得られていませんでした。職員の採用は法人人事部が行っているが、非常勤職員の採用は事業所で、児童の接し方などを考慮して採用しています。</p> <p>法人内の研修の他にOJT(職場内訓練)やOFFJT(職場外研修)を行っています</p> <p>法人では新人研修、入社して3年以内、4年目～6年目、管理者、共通研修があり職員は必ず参加しています。事業所内では新人職員には1週間職員がついてOJTを行っています。また入社直後に管理者と面談をし、相談に乗っています。自閉症、相談、アセスメント研修など外部研修にも希望者は参加しています。研修報告書や資料の回覧、職員会議で内容を報告するなど参加しなかった職員にも情報を共有しています。</p> <p>朝礼でヒヤリハットやニコリホットの報告をし、気づきを話し合っています。</p> <p>毎日朝礼で、その日の予定や利用の状況、管理者からの報告などの他に職員からヒヤリハットとニコリホットの報告があります。ヒヤリハットの報告があった場合は、職員全員で対策まで話し合い、内容を共有して、防止に努めています。ニコリホットは職員の対応が良かったり、助けられたりしたことなど職員の良い所を名前を挙げて、みんなで褒めています。毎日気づきを話合うことで、職員同士のモチベーションを上げています。</p>		

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている

評価項目1

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

前年度の目標は、①「支援の質を高め、魅力あふれるサービスを提供し、それを外部に広く発信していきながら、利用者さんに選ばれる事業所を目指します。」です。②「個々の職員が利用児童一人ひとりに対するアセスメント力を伸ばし利用児童の発達段階や必要な支援、またご家族のニーズを的確に見立てていきます。」で、具体的な取り組みとして、年2回全職員で、事例検討会を開催し、困難ケースなどの支援方法を話し合いました。個人の見立て、チームでの情報共有などが出来ました。また個々のスキルアップや利用者への寄り添い方が理解でき、その結果質の高いサービスの提供に繋がりました。今後の方向性としては、職員の連携、チームワークを大切に、利用者個々のニーズ・家庭の背景に応えていけるような事業所運営を目指していきます。

目標の設定と
取り組み

- 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った
- 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった
- 具体的な目標が設定されていなかった

取り組みの検証

- 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った
- 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む)
- 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

検証結果の反映

- 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた
- 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない
- 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

藤沢市内に児童の事業所が増えたことにより、事業所としての役割や魅力ある事業として周知し、また利用者に湘南北部療育センターの良さを伝えていくことが必要になりました。そのため上記の目標を設定し、取り組みとして年2回の事例検討会を全職員で実施しました。他の職員からの見立て、意見などを聞き、支援に活かすことで質の高いサービスの提供に繋がり、目標は達成できました。

評価項目2

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

前年度の目標は「利用児童やご家族に対して、または職員同士で、日々良い所を見つけて褒めていきます」です。取り組みとしては、職員間でホメール制度を用いて職員間でコミュニケーションを含め、働きやすい環境を設定しました。具体的には、朝礼で「ニコリホット」と称して、他の職員の良い所を褒めるようにしています。その結果職員のモチベーションが上がり、職員間のコミュニケーションが良くなり、働きやすい環境になりました。今後の報告制として、職員の連携、チームワークを大切にして利用者個々のニーズ・家庭の背景に応えていけるような事業所支援をしていきます。

<p>目標の設定と取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

藤沢市内に児童の事業所が増えたことにより、事業所としての役割や魅力のある事業所として周知し、また利用者に湘南北部療育センターの良さを伝えていくことが必要になりました。そのために上記の目標設定をしました。取り組みとして、ホメール制度を用いて、朝礼で「ニコリホット」と称して、他の職員の良い所を褒めています。その結果職員のモチベーションが上がり、職員間のコミュニケーションも良くなり、働きやすい職場にもなりました。目標である「職員同士で、日々良い所を見つけて褒める」は達成できました。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/4
	評価項目1 子どもや保護者等に対してサービスの情報を提供している		評点(0000)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 子どもや保護者が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 子どもや保護者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 子どもや保護者の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
	サブカテゴリ1の講評		
	<p>リーフレットを市役所などに設置し、ホームページによる情報提供が行なわれています</p> <p>現在この事業所のサービスを受けている利用者の多くは県の総合療育相談センター、市役所の子供家庭課、南保健センター等での紹介や情報を受けて、事業所への相談、利用につながっています。施設で発行しているリーフレットは簡素でルビも振ってあり小学生にもわかりやすい内容になっています。上記の場所の多くと近隣の保育園に設置されています。また自身でネット検索して探してくる利用希望者もあり、ホームページが整備されています。ホームページの更新に難点を感じていますが、後述の機関紙の転載等で更新回数が増えることが期待されます。</p> <p>機関紙の発行で事業所の様子を知らせており好評です</p> <p>機関紙「なみ」を毎月発行し事業所の様子を知らせています。家族の方から好評を得ており、今後は子ども自身も読みたくなるような内容を取り入れていきたいと考えています。事業所への相談を受け、見学については所長が対応しています。見学が可能な利用者の日の午前の“じゆうあそび”の時間に合わせて等の一定の配慮の元、見学・相談に応じています。</p> <p>皆から愛される通称・愛称を用いてイメージを和らげることが期待されます</p> <p>リーフレット並びにホームページでの案内にはいずれも“電話にて相談してください。”という表記が使われています。利用者によっては通うことを周囲に知られたくない方も居るほど繊細な分野を扱っている事業であり、事業所名の硬さ等から、敷居の高さを感じさせるくらいがあります。同法人の他事業所同様親しみやすい通称・愛称等を用いたり、表現等に一考が期待されます。療育や発達障害といった単語についても同様な工夫がなされることが期待されます。</p>		
	サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	7/7
	評価項目1 サービスの開始にあたり子どもや保護者に説明し、同意を得ている		評点(000)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を子どもや保護者の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、子どもや保護者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、子どもや保護者の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、子どもの支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、子どもの不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、子どもや保護者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2の講評		
<p>サービス開始前の面談での記録をもとに暫定的な支援計画を作成します</p> <p>サービス開始前の契約時に重要事項説明書・個人利用説明書の説明をしており、その中で料金説明を行なっています。同時に利用者のプロフィール的な内容と利用者本人と保護者の希望を記した利用申込書を作成し、面談で家庭での様子など聞き取った内容を元に暫定的な支援計画書を作成し、職員間で共有します。午前の未就学児については母子ともに通所することもあります。各クラスで子どもの特性・得意不得意を考察し楽しくストレスなく通えるように力を入れています。</p> <p>サービスの終了時にも継続性を意識した支援をしています</p> <p>サービスの終了は、他保育園・幼稚園との併用や、就学、他事業所の紹介等多岐にわたっていますが、いずれの場合にも支援の継続性を配慮した支援を行なっています。</p>		
サブカテゴリー3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 11/11
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、子どもの課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 子どもの心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 子ども一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 子どもや保護者の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、子どもや保護者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画を子どもや保護者にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3 子どもに関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 子ども一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果子どもの状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4 子どもの状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(00)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、子どもに変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー3の講評

支援計画はサービス開始時の暫定版以後、適切に見直しの機会を作っています

サービス開始時には利用者・保護者の意向を取り入れた暫定的な個別の支援計画を立てています。実際にクラスに入った段階で改めて見直しを行なっていますその後は年2回の定期的な見直しを行なっています。その際には利用者と保護者の意向を確認するため面談を行ない意見を取り入れて、特性・発達を見ながら行なっています。また緊急な場合は常勤の会議で見直す体制が出来ています。

日々の子どもの様子等はパソコン上で記録され、モニタリングの推移を確認できます

個々の利用者の日々の様子はパソコン上に記録されています。支援計画に基づいた観察視点を共有し日々の状態や変化を細かく記録しています。保護者等に見せる必要もあり個人ファイルには印刷したものもありますが、基本的にはパソコン上でのデータでモニタリングの変遷を追うことが出来ます。またこれらの情報は日々の申し送りや引継ぎ又は職員会議で職員間で共有されています。

サブカテゴリー5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 子どものプライバシー保護を徹底している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 子どもに関する情報(事項)を外部和やりとりする必要がある場合には、子どもや保護者の同意を得るようにしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 日常の支援の中で、子どものプライバシーに配慮した支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 子どもの羞恥心に配慮した支援を行っている	○ 非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、子どもの権利を守り、個人の意思を尊重している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(子どもが「ノー」と言える機会を設けている)	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 子どもと保護者の価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 施設内の子ども間の暴力・いじめ等が行われることのないよう組織的に予防・再発防止を徹底している	○ 非該当
サブカテゴリー5の講評		
年齢相応にプライバシー教育の支援をしています 未就学児についてはプライバシーや羞恥心を教える段階でもあり、年を追うごとに段階に応じて教えながら支援している。小学生低学年から中学生などのトイレなどの支援をする場合など同性職員によって行なうよう配慮しています。併用利用している保育園・幼稚園・小学校との連携の一環で、情報のやり取りをする場合には保護者の同意を得てから行なっています。虐待等の児童相談所マターであると判断された場合は通報義務に順じて連絡を取ります。		
倫理行動規範・行動指針を設け各職員に徹底しています 常に子どもには、NOといえる選択肢を用意しており、個人の意思を尊重するようなプログラムを提供しています。利用者の生活習慣に配慮し、外国人家族等には紙での筆談を元としたコミュニケーションを図るなどの工夫をしています。子どもの間のいじめ等は見受けられないものの、暴力などについては個々の表現であると注視し、仲介すると同時に記録・分析をし、子どもの支援につなげています。法人内で人権委員会を設け児童の権利侵害・意思決定を大切に、倫理行動綱領・行動指針等を設け各職員に徹底していますが、定期的な振り返りが期待されます。□		
サブカテゴリー6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを定期的に点検・見直しをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○ 非該当

評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や子ども・保護者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ6の講評		
<p> 法人作成のマニュアルを事業所に沿うように噛み砕いて周知することが期待されます 各種マニュアルが法人として用意されており、定期的に委員会が開かれて改定されています。折に触れて所長は職員にマニュアルの確認を求めています。全体での読み合せ等は行なっていません。また法人のマニュアルが事業所として噛み砕かれておらず、必要なものから法人マニュアルを元とした独自のマニュアルの作成が期待されます。また各職員で定期的に読み合わせを行なう等の周知・共有策が期待されます。 </p> <p> 定期的に利用者アンケートを行ない、結果を踏まえてプログラムに活かしています 利用者アンケートを行ない子どもや保護者の意向を把握しています。そのアンケート結果をもとにプログラム内容の見直しを行なっています。アンケートを踏まえ、調理や外出のプログラムを増やし、マンネリ化を防ぐのに役立っています。またホームページで公開する等、透明性を高めています。 </p>		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	20/20
1 評価項目1 個別の支援計画に基づいて子ども一人ひとりの発達の状態に応じた支援を行っている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 個別の支援計画に基づいた支援を行っている	○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 子どもの特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 関係機関(教育機関、福祉関係機関、医療機関等)と連携をとって、支援を行っている	○ 非該当	
評価項目1の講評			
<p>個別支援計画を作成し、各機関と連携して支援しています</p> <p>サービス開始前に面談を行ない利用申込書の内容や家庭環境、子ども・保護者の意向を取り入れて目標を立てて暫定的な支援計画を立てています。支援計画を日誌の一覧にも記載し、日々確認できるようにしており、職員間の計画そのものと支援の視点の共有を図っています。急変対応などのため、医療機関との連携をもち、また子どもが併用利用している保育園や幼稚園・小学校から事業所での過ごし方を見てみたい等の要望にも子ども・保護者の了解を得て応えています。また別に事業所から様子を見に行くなど連携をとって支援を行なっています。</p> <p>視覚支援に力を入れています</p> <p>各クラスにはA4サイズの絵や写真が横に数枚にわたって壁に貼れるようになっており、その日のプログラムを写真で視覚的にわかるようにしています。また調理や製作といったプログラムの内容や手順等も写真で示すようにしています。これにより子どもの興味を引き、今日の予定を把握したり、プログラムの選択をしやすくなります。枚数がかさむと返って混乱をってしまう子どももいるので、個々に合わせて絵や写真の量を調整しながら視覚支援を進めています。</p>			
2 評価項目2 【食事の支援がある事業所のみ】子どもが食事を楽しめるよう支援を行っている		この評価項目は入力できません	
		評点()	
評価	標準項目		
○ あり ○ なし	1. 食事時間が楽しいひとときとなるよう環境を整えている	○ 非該当	
○ あり ○ なし	2. 子どもの状態やペースに合った食事となるよう、必要な支援(見守り、声かけ、食の形態や用具の工夫等)を行っている	○ 非該当	
○ あり ○ なし	3. 子どもが安全に食事をとれるよう取り組みを行っている	○ 非該当	
○ あり ○ なし	4. 食物アレルギーや疾患等については、医師の指示に従い、対応している	○ 非該当	
○ あり ○ なし	5. 食についての関心を深めるための取り組みを行っている	○ 非該当	
○ あり ○ なし	6. 子どもの状況をふまえ家庭での食事について助言を行っている	○ 非該当	

3 評価項目3

子ども一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 身の回りのことは自分で行えるよう、必要な支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 基本的な生活習慣や社会生活上のルール等（あいさつ、マナー、交通ルール等）を身につけられるよう支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 集団活動を取り入れるなど、子どもの心身の発達や社会性が育つよう支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 一人ひとりの有する能力を活かせるよう個別のプログラムを実施している	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 送迎は、子どもと保護者等の状況に応じて送迎方法を検討し、行っている	○ 非該当

評価項目3の講評

臨床心理士による個別のプログラムが行なわれています

臨床心理士らによる個々の子どもに合わせてのプログラムを行なっています。ベースとなる検査の元、発達の段階に応じて、保護者の要望を踏まえてオーダーメイドなプログラムを作っていきます。特に未就学児の個別のクラスでは子どもに興味を持ってもらうためにプログラムで使う用具も色やデザイン、キャラクター等を添えた手作りのものを個別に用意する等の準備をしています。他との繋がりを持つことが苦手な就学児の利用も多く、利用者アンケートでも長く続けたいとの声が見られます。

職員は集団活動の中の個に対するアプローチをとっています

集団での活動を通して、個別の場合とは違った自分の思い通りにはならないながら、興味をひかれるような支援をしています。興味が無くても友だちがやっていると、やってみたくなる。楽しい好きなことを、誰かとしてみたい。といった他者とつながりを持てるように支援をしています。午後のデイサービスでは接し方のわからない同クラスの子どもの関係性に悩んでいる子供への配慮などが利用者アンケートから読み取れます。職員は集団の中の個に対するアプローチで見えており適切な支援が行なっています。

送迎車による送迎も長くないように配慮しています

地域的に施設がない又は遠い、また利用者のこども以外の兄弟もいる、等の療育のサービスを受けたいが受けられなかった利用者のため送迎サービスを行なっています。家庭での車の有無や、子どもが車やドライブが好きであるか等も考慮し、専門職のドライバーを始め、所長も送迎に加わります。送迎車は4台あり片瀬方面までと広範囲ですが、乗車時間が長くなり30分程度に収まるように工夫・配慮しています。また送迎車には体温計を設置しており、いつでも検温できる体制を整えています。

4 評価項目4 子どもの健康を維持するための支援を行っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 子どもの健康状態について、保護者や医療機関等から必要な情報を収集している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 子どもの状態に応じた健康管理を行い、体調変化に速やかに対応できる体制を整えている	○ 非該当
評価項目4の講評		
<p>緊急マニュアル・対応チャートが整備されています</p> <p>子どもの健康状態については利用開始前の利用申込書等の健康留意欄や、必要に応じて家族や医師と連携し情報を得ています。違和感を感じる際には、家庭に連絡をし、指示を仰ぐようにしています。また緊急時には緊急マニュアルと対応チャートを作成し、連絡先や、救急車に同乗する職員まで明記し対応するように備えています。</p>		
5 評価項目5 子どもの主体性を尊重し、施設での生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 日常生活の支援は子どもの主体性を尊重して行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 子どもが安心して活動できるよう、状況に応じて室内の環境を工夫している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 子どもの状況や希望に沿って、多様な体験ができるようにしている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 【放課後等デイサービス】 子どもの状況に応じて利用日や利用時間を設定している	○ 非該当
評価項目5の講評		
<p>子どもが自主的に行動し、主体性を持てるよう支援しています</p> <p>日常生活の支援として自主的に来所時や帰るときのあいさつや片付けを行なえるように支援をしています。各プログラムの中には選択の場面を取り入れて意思決定にも留意してします。また月一回土曜日に行なわれている中高生のクラスでは、職員は司会を行なうだけで利用者が自主的なプログラムを進めています。</p> <p>安全な環境の元、様々なプログラムが行なわれています</p> <p>廊下の段差をなくすようになだらかな斜面を作るなど工夫されています。室内は子どもが使うおもちゃが何処にあり、何処に片付けるか、わかりやすくする表記の他、視覚支援のための掲示版を設置しています。また二階三階のクラスには非常用のベルがあり緊急時に備えています。未就学のクラスでは七夕等季節に合わせた製作やカレーなどの調理の他、粉や寒天、氷といった素材を使った感覚的な遊びのプログラムを取り入れています。またボールや運動遊びといった体を使った遊びも取り入れています。</p>		

6 評価項目6 家族との交流・連携を図り支援を行っている		評点(0000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 子どものサービス提供時の様子や家庭での普段の様子を家族と情報交換し、支援に活かしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 家族の意見や要望を活かした支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 家族の状況に配慮し、相談対応や支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 子どもや家族に合った療育方法等について助言している	○ 非該当

評価項目6の講評

家族との連携を緊密に行っています

未就学児のクラスは親子通園を行なっています。支援計画と評価のため子ども・保護者と年に面談を2回行っており、家族の意見や要望を聞きつつ、その家族の背景にも目を向けて支援を行なっています。子どもの立った高さに机の角があり怪我をするのでという改善要求に対して、机の角や出っ張り部分にラバークッションを張り付けるなど保護者の意見を取り入れて改善をしています。

家庭での療育について助言をしています。

事業所での療育プログラムのみならず、保護者の家庭での療育について、家に持ち帰って出来るかどうか等の不安や疑問についても、家庭環境を鑑みながら、家でなら出来る等のアプローチを提案し助言を与えています。また家庭での療育方法等の件で子どもの前で話せない事柄について、連絡帳のやり取りで助言を与えるなどの支援を行なっています。

7 評価項目7 地域との連携のもとに子どもの生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(00)・非該当1
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 地域の情報を収集し、子どもの状況に応じて提供している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 必要に応じて、子どもが地域の資源を利用し、多様な体験や交流ができるよう支援を行っている	○ 非該当
○ あり ○ なし	3. 【児童発達支援センター】 地域全体の在宅障害児や関係機関等を対象に、施設・設備や人材・プログラムを有効に活用した支援を実施している	● 非該当

評価項目7の講評

自治会など地域との連携が期待されます

プログラムの中で近隣の大学構内にある博物館への散歩や、中高生クラスの子どもたちが通学している養護学校の学園祭に出掛ける等、近隣の地域資源の利用も行なっています。また中高生クラスは駅前清掃等の活動をしており地域社会に参加する支援をしています。しかし事業所は自治会に加入しておらず、加入によって得られる地域の祭りや避難訓練等の情報を元に、さらに深く地域社会に根差した事業所となることが期待されます。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-1	個別の支援計画に基づいて子ども一人ひとりの発達の状態に応じた支援を行っている
タイトル①	親子に寄り添った療育を行なっています	
内容①	地理的交通路に遠かったり、近くに施設がないといったニーズから送迎を行なっていますが、未就学児には親子通園をお願いしています。子どもは保護者がいることでストレスが軽減され、保護者はそれぞれのクラスでの子どもの様子を見たり、職員から家庭での療育についてのアドバイスを受けたりすることが可能です。また利用者たる子どもの兄弟姉妹の子どもについても療育サービスの間は別室で過ごすことが出来、職員の見守りがついています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-3-1	定められた手順に従ってアセスメントを行い、子どもの課題を個別のサービス場面ごとに明示している
タイトル②	効果的な視覚支援の導入に取り組んでいます	
内容②	音声による指示等ではその場で消えてしまい残らないため理解に時間を要する段階の子どもが多いことから、絵や写真を用いた視覚支援を事務所として進めています。視覚的な刺激から時間かけて理解してもらえるように、今日の予定やプログラムの手順といったものを絵や写真を使って示し壁に貼りだします。子どもはそれを見て、次に何をするのかという行動に繋げていきます。枚数が増えると混乱してしまう子どももいるので適切に調整して事業所では全てのクラスにこの絵や写真を貼りだすスペースを設けて、視覚支援を行なっています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	5-1-4	職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる
タイトル③	朝礼でヒヤリハットやニコリホットの報告をし、職員のモチベーションを上げています	
内容③	毎日朝礼で、その日の予定や利用の状況、管理者からの報告などの他に職員からヒヤリハットとニコリホットの報告があります。ヒヤリハットの報告があった場合は、職員全員で対策まで話し合い、内容を共有して、防止に努めています。ニコリホットは職員の良い所を見つけて、どんなところが良かったかを話し、褒めています。毎日小さなことでも、気づきを話合うことで、職員のモチベーションが上がり、職員同士のコミュニケーション向上に繋がっています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	オーダーメイドな個別療育のプログラムがとても好評です
	内容	個々の子どもの発達の違いや持っている能力を伸ばすように個別のプログラムを行なっています。臨床心理士らにより一定の検査を行ない段階に応じて、保護者の要望を聞きながら、その子供に合ったプログラムを作りながら進めています。利用者アンケートでも好評で、就学児のクラスでも継続を希望する声も多くみられますが、一方で実社会に出たときに心配という声もあり、沿うべきところは沿うが、そうでない部分との線引きがこれからの課題と云えそうです。
2	タイトル	ケース会議(事例検討会)を定期的に行い、個人の見立てやチームでの共有ができています
	内容	昨年の事業計画の目標達成のため、全職員参加で、年2回ケース会議(事例検討会)を開催しています。困難ケースなどの事例発表を行い、各職員からの見立てなどの意見を聞き、全職員で情報を共有しています。ケース会議を開催することで、利用児童の発達段階や必要な支援、ご家族のニーズなどを的確に見立てることが出来るようになりました。その結果質の高いサービス提供に繋がっています。
3	タイトル	中・高生のクラスでは、ソーシャルスキルトレーニングを行い、社会性を身につけています
	内容	土曜日の月1回中・高生のクラスがあり、主に就労などを目指す作業グループと人との関わり方を学ぶ調理グループがあります。ともに社会性を身につけるためのソーシャルスキルトレーニングを行っています。作業グループではアルミ剥がしや割りばしの袋詰めなどの軽作業を行っています。その日のおやつ程度の工賃を支払い、近くのスーパーマーケットに買い物に行き、買って来たおやつを皆で食べています。定期的に地域の駅前の清掃活動もしています。調理グループでは何を作るかなど自分の意見を述べる訓練などを行っています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	リーダーシップが発揮できる早急な組織作りが望まれます
	内容	今回経営層に関する組織マネジメント分析を行なっていますが、現在、経営層に属するのが所長のみであり、組織として形成されている状態にはありません。実際に行なわれている事業所のサービスが、高度でかつ好評なことは利用者アンケート等からも分かる通りで職員が行なっている仕事に問題があるのではないですが、今後の経営環境の事などから更に対外的にサービスを展開していくためには、現在の体制では所長に職務が集中しており職務の整理と責任の分担が必要です。早急に適切なる職務分担と権限委譲が望まれます。
2	タイトル	外部からの不審者の侵入等の独自のリスク対策が望まれます
	内容	リスク対策について法人で作成された事故、火災、地震対応マニュアルや感染症等のマニュアルが整備されていますが、事業所を特定したものではなく、噛み砕いて独自のものとして咀嚼する過程が必要です。例えばかなりの傾斜の階段を持つ当事業所での子どもの避難経路や方法等は再考の余地は多分にあるものと思われます。また県内で発生した事件からの考慮すべき点として外部からの不審者の侵入等の場合、一部時間で施錠をしていますが、それ以外に具体的対策が無く、通報方法や外階段の利用など事業所としてのリスク対策を検討することが望まれます。
3	タイトル	地域住民へ事業所の情報発信や働きかけを積極的にされることが望まれます
	内容	町内会に加入していませんので、町内の情報が収集できないことがあります。出来れば町内会に加入し、地域の行事などの情報をもらい、参加できるお祭りや地域の消防訓練などに参加し、連携していくことが望まれます。また事業所の行事に地域住民に参加を呼び掛けたり、地域住民が参加できる勉強会や相談会などを主催し、地域貢献をするなど積極的に地域との関係作りに取り組むことが期待されます。



株式会社フィールズ

〒251-0024 藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3F

TEL : 0466-29-9430 FAX : 0466-29-2323