

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
相模原南部療育センター

平成30年12月19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	山口 圭子	神機構-316
	②	山田 秀樹	神機構-260
	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	相模原南部療育センター		
評価事業所連絡先	〒	252-0303	
	所在地	神奈川県相模原市南区相模大野1-25-37	
	TEL	042-701-3677	
評価事業所代表者	福田 正明		
契約日	2018	年 3 月 2 日	
利用者調査実施日	2018	年 8 月	
利用者調査報告日	2018	年 10 月 5 日	
自己評価の調査開始日	2018	年 5 月 10 日	
自己評価報告日	2018	年 9 月 27 日	
訪問調査日	2018	年 10 月 12 日	
評価合議日	2018	年 10 月 12 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> <ol style="list-style-type: none"> 1) 障がい児・者、高齢者の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）を目指します。 2) 社会・福祉・介護ニーズに応えるべく先駆的で開拓的な事業を展開します。 3) 福祉の現場は、「社会福祉の仕組みや制度を変える」使命があります。 4) 福祉の現場は、「社会保障の第一線である」と認識し活動する使命があります。 5) 福祉の現場は、「どんな人の人生も肯定される社会を作る」使命があります。
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> <p>前提として人の支援を職業とすることが理解できる人。 子どもやご家族の意思を尊重し対象者のために仕事をしていることが理解できる人。 人の支援をするということは、自分と向き合い自己覚知が必要なので、職員の自己実現のために、押し付けや指導的にならない人が望ましい。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>子どもに対しては、</p> <ol style="list-style-type: none"> ①目の前の子供のことをかわいがる。 ②目の前にいる人のことを一所懸命に考える。 ③職員の独りよがりにならないように、人や本などからよく学ぶ。 ④目の前の人があくまで生きやすくなることを優先し、健康回復に努める。 ⑤健やかな成長を目指す。 <p>親に対しては、</p> <ol style="list-style-type: none"> ①理論を押し付けず困っていることをきちんと聴く。 ②中長期的に考える。 ③ご家族の自責をを和らげる。 ④ゆとりを持って子育てができるように伴走する。

調査対象

調査対象は、利用者(本人)で、利用者総数は56名となりました。有効回答人数は27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

56

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
56	0	56
27	0	27
48.2	0.0	48.2

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、「よい」「ややよい」が74%です。「よくない」が4%で、無回答が22%でした。

特に、満足度の高い項目は「ここでの活動や遊びは楽しく、興味が持てますか」や、「職員の言葉遣いや態度、服装などが適切だと思いますか」、「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」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33%に止まり、63%が「いいえ」「どちらとも言えない」「わからない」となっています。また、自由記入では「生活面でのスキルアップ、自立に向けての指導をしていただけるといいなと思います。」といった要望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	23	1	2	1
回答割合は、「はい」が85%、「どちらともいえない」「いいえ」が8%、「わからない 無回答」が7%という結果となっています。という結果となっています。				
2. 事業所での仲間との関わりは楽しいか	17	5	0	5
回答割合は、「はい」が63%、「どちらともいえない」が19%、「わからない 無回答」が18%という結果となっています。				

3. 職員は、話し相手や、相談相手になってくれるか	20	4	0	3
回答割合は、「はい」が74%、「どちらともいえない」が15%、「わからない 無回答」が11%という結果となっています。「のってこないときもある」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	19	6	0	2
回答割合は、「はい」が70%、「どちらともいえない」が22%、「わからない 無回答」が8%という結果となっています。				
5. 職員の接遇・態度は適切か	23	3	0	1
回答割合は、「はい」が85%、「どちらともいえない」が11%、「わからない 無回答」が4%という結果となっています。				
6. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	19	2	0	6
回答割合は、「はい」が70%、「どちらともいえない」が7%、「わからない 無回答」が23%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	19	2	0	6
回答割合は、「はい」が70%、「どちらともいえない」が7%、「わからない 無回答」が23%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	23	2	0	2
回答割合は、「はい」が85%、「どちらともいえない」が7%、「わからない 無回答」が8%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	14	5	0	8
回答割合は、「はい」が52%、「どちらともいえない」が19%、「わからない 無回答」が11%という結果となっています。				

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	21	3	0	3
回答割合は、「はい」が78%、「どちらともいえない」が11%、「わからない 無回答」が11%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	20	4	0	3
回答割合は、「はい」が74%、「どちらともいえない」が15%、「わからない 無回答」が11%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	19	5	0	3
回答割合は、「はい」が70%、「どちらともいえない」が19%、「わからない 無回答」が11%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	9	4	3	11
回答割合は、「はい」が33%、「どちらともいえない」「いいえ」が26%、「わからない 無回答」が41%という結果となっています。				

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 6/7
	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(○●)	
	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(○○)	
	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(○○○)	
	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	
	明文化した事業所の理念は原案作成段階で、法人理念と基本方針を活用しています 明文化した事業所独自の理念は掲示されていません。現在は、法人が掲げる2つの理念と11の基本方針を掲げています。職員(管理者以外は全員非常勤職員)には、法人の理念と基本方針の理解と共有はされています。管理者は事業所理念の必要性を感じており、すでにその草案を作成し、法人の承認を得て職員に説明し、事務所に掲示する準備をしています。	
	毎日の打ち合わせの中で、重要案件の説明を行っています 事業所では毎日の打ち合わせを重視し、支援方針の確認や個別支援内容、利用者の権利擁護、法人での決定事項など重要案件を職員に説明して周知を図っています。	
	管理者は日常のサービスを職員と共に行う中で、役割と責任を果たしています 管理者は社会福祉士、精神保健福祉士として事業所の実務を行い、職員と共に管理者として役割と責任を果たしています。職員への指導は、毎日の打ち合わせとOJT(実務の中での訓練)で行っています。	

2			カテゴリ-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-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			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			5/6	
評価項目1			評点(○○○○○●)	
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-2(2-2)	
実践的な計画策定に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			5/5	
評価項目1			評点(○○○)	
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			評点(○○)	
着実な計画の実行に取り組んでいる				
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2の講評

利用者アンケートによって事業所評価を行い、法人ホームページに公表しています

昨年利用者対象にしたアンケートを実施し、事業所のサービス評価を行っています。結果を法人のホームページに公表しています。職員の意向については、毎月の職員会議において質疑応答などを行い必要に応じて面談を行っています。第三者評価の職員アンケートも実施しています。

法人では中・長期計画を策定し、事業所でも短期計画を作成し実施しています

法人では、マスタープランとしての3～5か年計画を策定しています。事業所では毎年、単年度計画を作成して法人の承認を得て実施しています。経営収支向上を重視して、利用率アップの目標を明示して達成の努力をしています。

地域福祉の現状や動向把握がやや不足しています

地域福祉や福祉事業全体の動向については、日常の活動によって把握しています。利用者に関係する地域の情報や、法人からのニュースや地域情報を提供によって全体動向の把握を管理者が行っています。しかし、管理者が日常業務兼務のため、地域で定期開催される「放課後等デイサービス事業者の会議」には出席できず情報収集を行うことができていません。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	4/5
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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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●)		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-3の講評		
<p>毎日の会議では、職員と意見交換をして、虐待防止に努めています</p> <p>施設での虐待が発生しないよう、毎日の職員打ち合わせにおいて、支援目的を説明し、支援方法などについて職員と意見交換をして、虐待発生防止に努めています。他の施設での虐待事例を入手した際には、事例として伝達して、共有しています。</p> <p>利用者アンケートを実施し、苦情解決体制を整えています</p> <p>利用者の権利擁護のために、苦情解決制度をつくっています。入所時には相談先を明示して、重要事項説明書にて説明を行っています。その他にも、苦情申し立てができるポスターを施設内に掲示しています。利用者には法人が定期的にアンケートを行い意向の把握を実施しています。毎日の打ち合わせで利用者一人ひとりの様子を話し合い、意見や要望、苦情に対して即応できるように支援しています。</p> <p>地域貢献は、依頼に応じて行っています</p> <p>放課後等デイサービス事業において、地域貢献を行うことが主務の他、放課後サービスという時間制約もあって、積極的な地域貢献に取り組んでいない状況ですが、ボランティア、実習生受け入れ等、依頼に応じて実施しています。地域他事業所の利用者の当事業所での支援は協力しています。当事業所の利用者家族に対しては、活動内容を広報していますが、近隣地域、自治会などへの発信は行っていません。</p>		
カテゴリ-4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリ-1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	3/5
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(〇〇〇●●)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-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(〇〇〇〇)		
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>リスクマネジメントは、まだ体系的な取り組みは行っていません</p> <p>リスクマネジメントの事業継続計画(BCP)に該当する取り組みにはまだ着手されていません。盗難や事故、火災・地震などの災害などについてはすでに対応体制ができていますが、水害などの災害や、テロなどの人災など新しいリスクへの取り組みは、開始していない現状です。法定で定められた避難訓練は行っています。事故対応、感染症対応などの法人マニュアルはありますが、事業所のマニュアルはまだ整備されていません。管理者は早急にリスク対応の取り組みをする必要性を感じています。</p> <p>情報の利用・保管について、法人ルールにもとづいて実施しています</p> <p>文書保管については、法人の定めたルールにもとづいて日常的に行っています。実習生やボランティアなどが当事業所で活動を行う際には、利用者などの個人情報の外部への持ち出しを禁止しています。法人の定めたルールをもとに、当事業所の事業内容を勘案したルールを定め、実施する必要性を管理者は感じています。</p> <p>事業所使用のパソコンには、アクセス権限を設けています</p> <p>事業所で使用しているパソコンでは、人事情報や財務情報等については、職制ごとにアクセス権限を設定しています。事業所には常勤職員が管理者のみで、その他は非常勤職員である現状もあり、情報漏えいへのリスク対策を行っています。</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
		5/12
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(〇●)		
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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(●●)		
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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(○●●●)		
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(○○○●)		
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(○○○)		
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

毎日の打ち合わせ、月1回の職員会議で組織力を維持しています
 毎日の打ち合わせで職員一人ひとりの気づきや工夫・提案について話し合っています。また、目標や課題についても伝達し、チームとして取り組んでいくことを明示しています。

人員構成の特殊性に応じた組織対応をしています
 当事業所は常勤正職員が管理者のみで、後は非常勤職員10名で運営されています。こうした人員構成の中で、事業所を運営している状況の中で、非常勤職員への研修の実施、一人ひとりの育成計画作成と実施、育成と賃金・処遇、職員のやる気向上など色々な運営上の改善テーマを抱えて管理者は運営を行っています。

非常勤職員の処遇、育成について法人レベルからの協力による対策立案が期待されます
 前述により、当事業所は非常勤職員により日常業務が行われ、管理者も実務にほとんど関与しています。ただ、非常勤職員にもほぼ週日は毎日勤務している経験を持った職員が数名います。今後も長く当事業所あるいは、法人所属の他事業所での勤務が可能になるよう、一定時間以上の勤務がある非常勤職員に対しての処遇、資格向上などの育成を行うことが期待されます。

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)

事業所の理念・基本方針がなく、法人理念をよりどころにしていましたが、その必要性を認識し、事業所理念・基本方針の作成を目標に設定しています。事業所の強みは「利用者が楽しく通える場」ということとし、以下のような草案を作成しています。

基本方針: 利用者の利用満足度アップをはかりつつ、事業経営の安定化、提供プログラムの充実を図る。

- ①魅力ある事業所であるために
 - ・基本方針利用者のニーズを聴き、プログラムの内容をニーズにあった魅力的なものにしていく。
 - ・課外活動などオプションの活動をよりダイナミックにしていく。
 - ・卒業後を見据えて、成人施設との連携を密にします。
- ②子ども達も職員も笑顔をいられるために
 - ・毎日30分前後の打ち合わせを職員全員で行い、情報の共有化と理解を図る。
 - ・他機関との情報交換と課題の共有化を図ります。
- ③業務の効率アップをはかり、経営・運営の健全化に努める。

以上の草案をもとに下期に職員、法人の了解・承認を得ていく予定です。

目標の設定と取り組み	<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
取り組みの検証	<input 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 checked="" 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
検証結果の反映	<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 checked="" 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1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

事業所の存続の検討があること、正職員が管理者1名で、残り10名が全員非常勤職員であること、利用者へのサービスを最重要と考える管理者のサービス実務への傾注により、事業所の理念、基本方針の立案、草案づくりが遅れていましたが、管理者はその必要性を感じ、草案を作成しています。下期にはこの草案を職員に配り、意見を聴取し、必要であれば修正・加筆を加え、法人の承認を得て職員、利用者家族に説明し、事業所内に掲示することを期待します。

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)

評語を選択してください

経営面で当事業所存続の是非が検討される状況の中で、利用者の居場所になるという基本方針を維持しつつ「利用者の利用率をアップすること」を目標に掲げ、活動を展開しました。利用者の週利用を1日→2日に増やすことなど利用率アップに努力した結果、徐々に利用者数が増え、年度初め103%の利用率が、年度末に124%に増加しています。今年度は「提供プログラムの充実」「経営の安定化」を目標に活動を展開しています。提供プログラムの充実により、利用者がより楽しく時間を過ごすことができ、利用率のアップなど経営面への寄与も期待しています。

<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 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

児童発達支援事業は単独事業としては、収支のバランスをとることが難しい事業の中で、利用者の利用アップという経営課題に取り組んで成果を上げています。事業所の独立採算化という課題を達成するためには今後は委託事業の受託や成人事業実施による事業所の多機能化が必要との中・長期の見通しもエリアマネジャー・管理者は持っており、地域貢献事業として、今後も積極的な経営・運営が期待されます。

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している	<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>パンフレットや機関誌「もり」を配布し、事業所の情報提供をしています</p> <p>パンフレットには、基本方針・デイサービスの内容・療育内容などを分かりやすく載せています。機関誌「もり」を毎月発行し、毎月のプログラム表と様子、翌月以降の予定や所長からの報告などを掲載し、全利用者・家族に連絡帳と一緒に手渡し及び郵送しています。ホームページも掲載しています。月間プログラム表は、字を大きくし、シンプルな表現でルビをふるなど利用者にも分かりやすくする工夫をしています。</p> <p>見学は予約を受け付け、出来るだけ所長が対応しています</p> <p>見学希望者は電話での予約を受け付けて対応しています。利用希望者の他にも、ボランティアや採用希望者などがあり、要望に応じて出来るだけ所長が対応しています。見学の際はパンフレットで事業所の説明をして案内をしています。事業所を利用希望の場合には、活動の様子を見てもらい、希望の曜日に空きがある場合は受給者証等の確認をして登録をもらっています。来客と見学者の氏名などは業務日誌に記載しています。</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>利用契約時には、重要事項説明書で事業内容や利用料金などを説明して同意を得ています</p> <p>利用契約時に子どもと保護者または保護者のみに所長から重要事項説明書・個人利用説明書で、事業所の概要や留意事項、利用料金などを説明し、同意の署名と捺印をもらっています。利用料金は児童福祉法に基づく通所給付費等支給対象サービスに関する料金と制作材料費やおやつ代などの対象外料金について説明しています。サービスの説明の際に確認した意向は相談記録や個別面談記録に記載しています。</p> <p>基礎調査票に子どもの状況を記録し、支援に活かしています</p> <p>利用開始時に基礎調査票に家族構成やサービスの利用状況、かかりつけの医療機関名、服薬、障害手帳、アレルギーなどを保護者に記入してもらい、支援に活かしています。保護者や以前利用していた事業所からサービス利用前の状況を聞いて、個々に配慮した支援を行っています。サービス開始時は不安を軽減するため、クラス担当の職員が1名ついて寄り添って支援しています。一日のスケジュールや活動内容は写真で分かりやすく説明しています。</p> <p>サービス修了者には、お別れ会を開催し皆で送っています</p> <p>サービス終了は、高等学校3年生の卒業の時が一番多く、就労が決まっている子どももいます。利用最終日にお別れ会を開催し、寄せ書きの色紙や写真を渡し、皆で見送りをしています。個々にサービス終了の理由を説明しています。サービス終了後も時々遊びに来たり、近況報告に来ることもあります。夏祭りやクリスマス会の招待状をサービス修了者にも送るなど、継続性を大切にしたい支援を行っています。</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		6/11
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(00●)
評価	標準項目			
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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(○●●●)		
評価	標準項目	
● あり ○ 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	○ 非該当
○ あり ● 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	○ 非該当
○ あり ● 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	○ 非該当
○ あり ● 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	○ 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(○○)		
評価	標準項目	
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 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(○●)		
評価	標準項目	
○ あり ● 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当

サブカテゴリー3の講評

アセスメントツールは定めていませんが、心身状況や生活状況は個別に記録しています
 利用契約時に基礎調査で、家族状況やかかりつけ医、診断名、手帳の種類など基本情報は把握していますが、心身の状況や生活状況などの詳しいアセスメントを定められたアセスメント表には記録していません。アセスメントツールについては検討しているところです。心身状況については介護ソフトに個別に記録していますが、アセスメント表を作成し記録することが期待されます。

半年毎に個別面談を基に個別支援計画を作成しています
 半年に1回所長が保護者と個別面談を行い、意向を聞いて個別支援計画を作成しています。個別支援計画には、年間の目標の他に外出や調理、制作、運動、遊びなど項目別に、目標と取り組み方・関わり方などを具体的に記載し、保護者に説明して署名と確認印をもらっています。子どもへの説明は活動の中で随時行っています。個別計画の見直しは半年毎に行っています。子どもに関する毎日の記録は介護ソフトに記録しています。

個別支援計画の内容を全職員で共有することが望まれます
 毎日13時から全職員で申し送りをを行い、前日のクラスの振り返りと当日のクラスの共有事項を話し合っています。3クラスから2名ずつ職員が参加していますので、プログラムなどの情報は共有しています。毎日の記録は記録用のソフトに記録しています。個別支援計画は所長が作成していますが、作成時において、職員の意見を聞いたり、内容を共有する機会が設けられていないので、今後は個別支援計画を職員全員で共有する機会を持つことが望まれます。

サブカテゴリー5		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	6/6
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
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			
利用者のプライバシー保護を組織的に行っています 外部の関係機関と情報交換する際は、必ず保護者の承認を得てから行っています。トイレの介助については、小学校3年生までは異性介助の場合がありますが、4年以上は全員同性介助を行っています。着替えは本人が1人になれる場所で行っています。利用者が一人になりたい時は、未使用の階段室を利用し職員が見守りを行っています。			
支援を、本人の意思確認を行って実施しています 何事も常に本人の意思を確認して行っています。送迎において、利用者がトイレに突然行きたくなくなったときは、直ちにガソリンスタンドやコンビニを探して支援しています。			
利用者の暴力、けんかへの対応予防を行っています 施設内でのトラブルは再発しないよう指導しています。男子高校生同士のケンカが発生したことがあり、女性職員が大半なため、対応に苦慮した事例が過去にあるため、その後はその2人が顔を合わせないように工夫するなどして、予防しています。			
サブカテゴリー6		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	5/5
6	事業所業務の標準化		
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	
● あり ○ 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	○ 非該当
● あり ○ 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	○ 非該当

サブカテゴリ6の講評

各種マニュアルは法人用意のものを使用しています

当事業所独自のマニュアルをまだ用意されていません。法人作成のハンドブックがあり、理念から支援の様々な場面でのマニュアルが揃っているため、それらに準拠して運営を行っています。しかし、障害児デイサービス、児童支援事業など、事業の特殊性などを取り入れたマニュアルの必要性を管理者は認識しており、その作成を開始する予定です。

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 / 21	
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>個別支援計画は所長が作成し、職員は内容に沿った支援を行っています</p> <p>個別支援計画は、児童発達支援管理責任者の所長が作成しています。年間目標の他に外出や調理、制作、運動、遊びなどの項目ごとに目標と取り組みや関わり方など分かりやすく記載し、保護者の確認にをもらっています。個別支援計画は事務室のキャビネットに保管し、職員は内容を確認して支援を行っています。職員間で個別支援計画について話し合ったり、共有する機会は持ていません。</p> <p>特性に応じて、絵カード・写真・文字などを使用してコミュニケーションをとっています</p> <p>言葉でのコミュニケーションが難しい子どもには、絵カードを用いて、おやつや手洗い、トイレなどを伝えています。職員はいつでも絵カードをできるように常に携帯しています。各クラスごとにホワイトボードに文字と写真などでスケジュールを示しています。外出プログラムも、場所の風景などを撮影した写真をのせるなどイメージしやすいような工夫をしています。</p> <p>個別支援会議への出席、開催の要請を行い、関係機関と連携しています</p> <p>子どもや家族をネットワークで支援するために、必要に応じて他機関と連携をとっています。相談支援事業所が開催する担当者会議に出席し情報交換や情報の共有を行っています。事業所から担当者会議の開催の要請をし、意見を聞くこともあります。他機関やサービスの利用状況時は、サービス利用開始時に基礎調査票に記載してもらい把握しています。</p>			
2 評価項目2		この評価項目は入力できません	
【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		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

自分で出来ることは、見守りながらタイミングよく声掛けを行っています

子どもが自分で出来ることは、日常生活の中で自然に行えるように見守りながら、タイミングよく声掛けを行っています。例えば教室に入って、ひらがなで名前の書いてある自分のカゴを確認して、カバンを入れています。職員は見守っていてわからない時だけ支援しています。連絡帳も自分で職員に手渡しています。忘れそうになった時は声掛けをして促しています。

挨拶やルールは日常生活の中で、身につくように支援しています

挨拶は職員からするようにしています。クラス毎に16時頃から始めの会を行い、挨拶、曜日と予定の確認をし前に出て自己紹介をしています。挨拶は日常生活の中で自然に出来るように無理に促さないようにしています。運動プログラムなどでは、じゃんけんやくじ引きで順番を決めルールを守っています。横断歩道での信号の見かたや渡り方、一時停止を確認できているかなども学習しています。

グループ活動が中心で、個別のストレングスを引き出すよう努めています

集団プログラムは、クラス毎に3人～6、7人のグループで役割分担を決め実施しています。調理プログラムでは、ホットケーキや蒸しパン、おにぎり、サンドウィッチなど家庭でもできるものをIHヒーターで調理し、出来たものを皆で食べています。工作では七夕やハロウィンの貼り絵など協働制作をしています。運動では近隣の小学校の体育館を借りて、バトミントンや卓球、バスケットボールなどを小・中・高校生が実施しています。個別プログラムは1対1ではないですが、ハロウィンのお面やフェルトで鯉のぼりなどを作って、持ち帰ってもらっています。

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>学校への迎えの際には、教員からその日の体調などを聞いています</p> <p>放課後デイサービスでは、学校への迎えが多いので、教員からその日の体調などの引継ぎを行っています。小学生の保護者は迎えに来ますので、その際にデイサービスでの様子や体調についても気付いたことを伝えていきます。また保護者からは連絡帳や電話などで、服薬が変更したことや、脳波などの受診結果を聞いています。また職員からも連絡帳に体調に変化があったことなど様子を書いています。例えば、疲れていて横になっていたので、活動に参加出来なかったなどその日の様子を伝えていきます。</p> <p>体調不良時は直ちに保護者に連絡し、対応方法を相談しています</p> <p>体温が37℃以上の発熱時や体調不良時には保護者に連絡をして、迎えに来てもらうか自宅迄送るかを相談しています。受診は原則家族に付き添ってしてもらっています。骨折などの緊急時は救急車を呼んで対応することもあります。利用開始時に緊急連絡先やかかりつけ医を基礎調査票に記載してもらい、把握しています。緊急連絡先一覧表も作成し、緊急時対応に備えています。</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>プログラムの中で自分で選択できるようになっています</p> <p>放課後デイサービスのプログラムは、全職員が参加する職員会議で検討し決めています。プログラムの中で、自分で選択できるようにしています。ハロウィンのお面作りでは、お面の種類を選んだり、粘土制作では、並べてある中から好きな色・シールを選んで制作しています。買い物プログラムは車でスーパーマーケットへ出掛けたり、歩いて近所のコンビニ迄行って好きな物を買っています。はじめに家族から依頼された物1品をメモを持ってきて、捜して買ってから、自分の好きなおやつを1品買っています。利用者は楽しんで参加しています。</p> <p>建物の構造の関係で音漏れがあり、改善が望まれます</p> <p>部屋の仕切りのパーテーションの上が開いているため音漏れがあります。声が外に聞こえてしまうため、声が苦手な子どもには配慮しています。外に面したところはガラス張りになっているため、換気が出来ない状況です。自動換気装置が設置されていますが、十分な状態ではありません。ガラス戸から西日が差し、光が苦手な子どもは部屋に入れられないなど特性により不適切な環境になっています。グループ割りや職員の対応で対処していますが、改善することが期待されます。</p> <p>土曜日には希望者にプレジョブ体験を行っています</p> <p>月2回の土曜日は4、5人の小グループで、プレジョブ体験を行っています。第2土曜日は中・高生向けの作業を実施し、第4土曜日は高校生を対象に、就労に向けた取り組みを行っています。製菓グループやボールペンの解体・組み立て作業、編み物、刺しゅうなどの課題に取組み、評価を実施しています。</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

連絡帳や機関誌「もり」で家族に事業所の様子を伝えています

小学生は保護者が迎えに来ますので、その際にクラス担当職員がその日の様子を話しています。また車で送りの時に家族に直接伝えています。連絡帳はクラス職員が見て、家族からの連絡内容を確認し、その日のデイサービスの様子も記載し家族に連絡しています。何かトラブルがあった場合は電話で知らせることもあります。毎月機関誌「もり」を発行しプログラムの様子や予定、連絡事項、所長の意見などを掲載し、家族に配布しています。

家族からの相談に応じ、対応しています

半年に1回家族面談を実施し、家族からの意見を聞いています。面談やメール、電話などで、家族の相談に応じています。中学生の思春期の身体の成長で悩んだり、療育方法などの相談があります。また家族の状況に応じて、送迎など可能な範囲で特例対応をしています。調理のプログラムなどは家庭でも作れるものにし、家庭との連続性を大切にしています。

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●)
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

プログラムの中で買い物に出掛けたり、地域の施設を利用しています

買物プログラムでは、地域のコンビニなどに買い物に出掛け、店員と挨拶を交わしたりしています。予め電話をしてから出掛けています。運動プログラムでは地域の小学校の体育館を借りてスポーツを実施するなど地域に出掛ける機会がありますが、事業所から地域へ向けての支援は行っていません。町内会にも加入していませんので、今後は、地域の情報を収集し、地域支援が出来ることを期待します。

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	2-2-2	着実な計画の実行に取り組んでいる
タイトル①	法人で中・長期計画を策定し、事業所で短期計画を作成、実施しています	
内容①	法人でマスタープランとしての3～5か年計画を策定しています。事業所では毎年、単年度計画を作成して、法人の承認を得て、実施しています。経営収支向上を重視して、目標の指標を明示し達成の努力をしています。経営面で当事業所存続の是非が検討される状況の中で「利用者の利用率をアップすること」を目標に掲げ、活動を展開しました。利用者の週利用を1日→2日に増やすことなど利用率アップに努力した結果、徐々に利用者数が増え、年度初め103%の利用率が、年度末に124%に増加しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-3	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
タイトル②	放課後デイサービスはグループ療育を中心に実施しています	
内容②	グループ療育は小学・中学・高校生の3グループに分かれています。各グループに職員が2名ずつ担当し、調理プログラムは、クラス毎に役割を決め、ホットケーキや蒸しパン、おにぎり、サンドウィッチなど家庭でもできるものをIHヒーターで調理しています。運動は近隣の小学校の体育館を借りて、バドミントンや卓球、バスケットボールなどを小・中・高校生が一緒に行っています。オセロやトランプ、各部屋を回るスタンラリーのゲームなどグループプログラムを通じて、ルールや順番を守ることが身につくように支援をしています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	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③	特性に応じて、絵カード・写真・文字などを使用してコミュニケーションをとっています	
内容③	言葉でのコミュニケーションが難しい子どもには、絵カードを用いて、おやつや手洗い、トイレなどを伝えています。職員はいつでも絵カードを使えるように常時持っています。マカトンサイン(手話法)で「トイレに行く？」など聞くこともあります。各クラスごとにホワイトボードに文字と写真などでスケジュールを示しています。外出プログラムも風景などを撮影した写真で知らせるなどイメージしやすくしています。部屋の外にその日の職員と通所している子どもの写真を貼るなどコミュニケーションをとりやすくする工夫をしています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	事業所運営を計画的に実施しています
	内容	当事業所は、今後存続していくかの検討が数年前からあり、経営の安定化が望まれていました。昨年度はそのため、「利用者の居場所となる」という基本方針にそった上で、利用者の利用率アップを指標として目標にして活動して2割強の利用率アップにつながっています。さらに今年度は「提供プログラムの充実」「経営の安定化」を目標にか活動しています。エリアマネジャーと管理者は長期的には成人事業の取り入れ、委託事業の受託なども視野に入れ、事業所移転の検討も含めて計画化していくことが期待されます。
2	タイトル	放課後デイサービスのプログラムが充実しています
	内容	プログラムは週ごとに決まっています。買い物、調理、制作、運動などがあります。買い物は近隣のスーパーマーケットで家族から依頼されたもの1品と好きなおやつなどを買っています。調理はホットケーキやサンドイッチなどを作り、皆で食べています。運動は近隣の小学校の体育館を借りて実施し、制作は季節の貼り絵などの協働制作を行っています。土曜日は中・高生を対象にプレジョブ体験を行っています。高校生には製菓やボールペンの解体・組み立てなど就労に向けた作業を実施しています。子ども達はプログラムに積極的に参加し、楽しんでいきます。
3	タイトル	家族には送迎時や連絡帳、機関誌「もり」で事業所の様子を伝えています
	内容	小学生は保護者が迎えに来ますので、担当職員からその日の様子を直接伝えています。中・高生の家族には自宅へ送り際に伝えています。連絡帳で、家族からの連絡事項をグループ担当職員が必ず確認し、利用中の様子や達成できたことを書いて伝えています。毎月発行する機関誌「もり」には毎月のプログラムの様子や事業所の予定、連絡事項、所長からのコメントなどを載せて、家族に配布し事業所の様子を知らせています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	組織のリーダーシップの更なる発揮が期待されます
	内容	当事業所は、常勤正職員が管理者1名のみで、残り10名は全員非常勤職員です。非常勤職員の内、3名は週5日の8時間勤務で、ほぼ常勤なみの勤務です。管理者は日常業務を職員とともに行っています。毎日の打ち合わせと月1回の職員会議で組織運営をしています。事業所を取り巻く環境、理念・基本方針、運営計画などの説明によるリーダーシップの発揮が期待されます。さらに、非常勤職員の処遇アップ、研修への参加など職員への配慮をエリアマネジャー・法人人事部などと検討されることが期待されます。
2	タイトル	リスクマネジメントへの取り組みが期待されます
	内容	リスクマネジメントの必要性が社会的に高まり、高齢者また福祉事業においても対応がもてられています。そのため第三者評価にも近年評価項目に追加されています。旧来からの盗難、事故、火災、地震などのリスクに加えて、水害、テロなど新たな事象がリスク認知されています。リスクマネジメントへの認識を法人、エリアレベルで主導してリスク対象を定め、当事業所で実施計画を定め、実施に移していくことが期待されます。
3	タイトル	個別支援計画を職員間で共有することが期待されます
	内容	個別支援計画には、外出・調理・制作・運動・遊びの項目に目標と取り組みや関わり方を記載しており、プログラム内容に連動しています。児童発達支援責任管理者の所長が作成し、職員は内容を確認し個別支援計画に基づいた支援を行っていますが、作成時に職員間で話し合うなど内容を共有する機会を持っていません。今後は、個別支援計画作成時に、支援会議などで職員皆の意見を聞いたり、職員の意見を反映するなど職員間で共有する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