

福祉サービス第三者評価
評価結果報告書
令和4年度

社会福祉法人 川崎市社会福祉事業団
川崎市南部地域療育センター

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

目次

サービス第三者評価結果報告書

◆福祉サービス第三者評価結果の概要

- ① 評価機関
- ② 施設・事業所情報
- ③ 理念・基本方針
- ④ 施設・事業所の特徴的な取組
- ⑤ 第三者評価受審状況
- ⑥ 総評
- ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント
- ⑧ 第三者評価結果

◆第三者評価結果(共通評価)(別紙1A)

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

- I-1 理念・基本方針
- I-2 経営状況の把握
- I-3 事業計画の策定
- I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

- Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ
- Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成
- Ⅱ-3 運営の透明性の確保
- Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの提供

- Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス
- Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

◆第三者評価結果(内容評価)(別紙2A)

A-1 利用者の尊重と権利擁護

- A-1-(1) 自己決定の尊重
- A-1-(2) 権利侵害の防止等

A-2 生活支援

- A-2-(1) 支援の基本
- A-2-(2) 日常的な生活支援
- A-2-(3) 生活環境
- A-2-(4) 機能訓練・生活訓練
- A-2-(5) 健康管理・医療的な支援
- A-2-(6) 社会参加・学習支援
- A-2-(7) 地域生活の移行と地域生活の支援
- A-2-(8) 家庭との連携・交流と家族支援

A-3 発達支援

- A-3-(1) 発達支援

A-4 就労支援

- A-4-(1) 就労支援

福祉サービス第三者評価結果の概要

①第三者評価機関名

株式会社フィールズ

②施設・事業所情報

名称:	川崎市南部地域療育センター
種別:	児童発達支援センター
代表者氏名:	長 秀男
定員(利用人数):	(令和4年9月30日現在) 児童発達支援(福祉型) 定員 40名(利用人数 117名) 医療型児童発達支援 定員 40名(利用人数 5名) 児童発達支援(短時間療育) 定員 10名(利用人数 23名)
所在地:	〒210-0806 川崎市川崎区中島3-3-1
TEL/FAX:	TEL:044-211-3181 /FAX:044-230-1945
ホームページ:	http://kfi.or.jp/nanbu/
開設年月日:	2014年4月1日
経営法人・設置主体:	社会福祉法人川崎市社会福祉事業団

職員数	常勤/非常勤	常勤:43名	非常勤:36名
	専門職員(名称)		
	医師(嘱託医含む):15名	セラピスト(PT/OT/ST/CP):17名	
	保育士(保持含む):21名	社会福祉士:7名	
	看護師:4名	介護福祉士:4名	
	管理栄養士:1名	精神保健福祉士:2名	

施設・設備の概要

居室数	通園クラス(ホール、兄弟児含む)/11 診察室/2、訓練室/3、相談室/5、検査室/5 事務室/2、会議室/1、厨房/1
設備等	防災関連、厨房関連、聴力検査関連 訓練関連、水治療室 等

③理念・基本方針

<p>○ 法人の基本理念</p> <p>①「充実した質の高いサービスの提供」:時代やニーズの変化を先取りしたサービス、地域の人々や利用者から信頼され選ばれるサービスの提供</p> <p>②「地域に根ざした施設運営」:福祉活動を通じて豊かな知己福祉社会の発展に寄与</p> <p>③「人材の確保・定着・育成」:福祉の生命線である人材の確保・定着・育成に全力をあげて取り組む</p> <p>④「法人の経営基盤の整備」:運営基盤④充実・人事管理体制の確立・多角的な事業経営への取組</p> <p>○ 施設の基本方針</p> <p>・0歳から18歳までの全期間を通じ、障害のある児童及びその疑いのある児童を対象に、自立した生活と尊厳の保持の実現に向け、一貫した切れ目のない支援を行います。</p> <p>・地域リハビリテーションの基本理念である「地域性・総合性・専門性」にもとづき療育を提供します。</p>

④施設・事業所の特徴的な取組

<p>川崎市の幸区・川崎区にお住まいの、心身の発達に遅れや偏りのある、または何らかのご心配のある乳幼児・学童を対象に、相談及び診断・評価、訓練・療育まで総合的で一貫したサービスを行い、お子さんの健やかな成長・発達を促すお手伝いをします。</p> <p>また、お子さんとご家族が家庭や地域で安心して過ごすことができるように地域の関係機関と連携して支援します。</p>
--

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	契約日:令和4年5月24日	訪問調査日:令和4年10月18日
	評価結果確定日:令和5年3月28日	

受審回数(前回の時期)	1回(前回:2018年度)
-------------	---------------

⑥総評

◇特長や今後期待される点

1)多様な研修による専門性の高いサービスの提供

質の高いサービス提供に向けて各専門職が組織内外の研修会への参加により専門性の向上に努め、法人の階層別研修、職種別研修、テーマ別研修、所内研修、外部派遣研修の充実を図っています。毎年市内4ヶ所の地域療育センターの、それぞれ通園、地域支援、外来診療各部門から多職種の職員が参加して合同の研修会を開催しています。また園内研修では通園部門の全7クラスが毎月交替で主催する形式で、てんかんや障害などクラスの特徴を踏まえたテーマによる研修や、職員役、子ども役などを体験するロールプレイ研修などを実施しています。園長を助言者とし、午後の1時間を使って、クラスを越えたグループングによる意見交換等を通じて、職員のスキルアップとチームワークの醸成に努めて支援を行っています。

2)指定管理者として事業運営による支援の継続

川崎市南部地域療育センターは、川崎市立川崎高等学校・附属中学校と合築で公共施設として建設され、現在は川崎市社会福祉事業団が指定管理者として選定され、事業運営に当たっています。川崎市にある4つの地域療育センターの一つであり、子どもと家族が地域で安心して過ごすことができるよう関係機関と連携して支援をしています。療育の専門機関として、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理士、保育士、ソーシャルワーカー等の専門スタッフを配して、地域支援、外来診療、通園の部門があり、部門を越えた他職種連携によって質の高いサービスを提供しています。サービスの質の確保のため、自己評価、家族による評価、川崎市による評価を実施、さらに第三者評価を受審して経営・業務の改善につなげています。評価の結果は法人ホームページで公表しており、事業運営の透明性の確保にも心がけています。

3)理念・基本方針周知の期待

理念や基本方針を職員や利用者・家族へ周知するための継続的な取組が不十分です。理念は福祉サービスの提供や経営の前提となるものであり、基本方針は、理念に基づいて利用者に対する姿勢や地域との関わり方、組織が持つ機能を示す重要なものです。折に触れ研修や会議で取り上げたり、事業所内に掲示するなどの工夫が求められます。

4)管理者の役割と責任の明確化への期待

管理者は、施設の運営・管理に関しての方針と取組を職員に説明しています。職員の年度目標設定の際は、職員に組織目標を踏まえた適切な目標設定ができるように指導力を発揮しています。しかし、自らの役割と責任の明確化に向けた取組が十分なものとはなっていません。管理者の役割と責任を職務分掌等の文書化により明確化することや、会議や研修で管理者自ら表明することなどの対応が望まれます。また、非常時における管理者不在時の権限委任について文書化する等の明確化も重要です。

⑦第三者評価結果 に対する施設・事業所のコメント

事業者名： 川崎市南部地域療育センター

第三者評価の目的が、利用者・ご家族や、外部からより高く評価されるためには何をすべきか判断してもらうためと聞いておりました。
今回B評価が多かったことから、当たり前のことではできているが、より高く評価されるためにはまだやるべきことが多い、と感じました。
しかしながら、全ての項目に対応しようとすると大変な労力が必要と思われ、現状の職員の業務量から考えると過負担になることも予想されます。
今回の評価結果を職員間で共有し、優先順位をつけて対応すべき項目は何かを整理して、少しずつ対応項目を増やし、より高い評価を得られるようにしていきたいと思います。
そのためには具体的に何をすればよいかという点もわかるため、第三書評価を受審した意義は大いにあると感じています。

⑧第三者評価結果

(別紙1A)「第三者評価結果(共通評価基準)」、(別紙2A)「第三者評価結果(内容評価基準)」のとおり報告します。

公表については、かながわ福祉サービス第三者評価推進機構が定める既定様式で公表します。

(別紙1A)

第三者評価結果（共通評価）

- * 全ての評価細目(45項目)について、判断基準(a・b・c)の3段階に基づいた評価結果を表示する。
- * 評価細目ごとに判定理由等のコメントを記入する。

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(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
---	-----------------------------------	---

【判断基準】

- a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。
- b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。
- c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針の明文化や職員への周知がされていない。
 - ア 理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所内の文書や広告媒体(パンフレット、ホームページ等)に記載されている。
 - イ 理念は、法人、福祉施設・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、福祉施設・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。
 - ウ 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。
 - エ 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。
 - オ 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。
 - カ 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。

<コメント>

理念は、法人ホームページやパンフレットに掲載されており、法人の使命や役割を反映した分かりやすいものとなっています。基本方針は、事業所通園部門のパンフレットに掲載されています。基本方針は、理念に基づいて事業所の利用者に対する姿勢や地域との関わり方、機能等を具体的に示す重要なものです。理念・基本方針は、職員には入職時の研修で、保護者には年度初めの説明会で周知していますが、継続的な取組が望まれます。

I-2 経営状況の把握

I-2-(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
---	---	---

【判断基準】

- a) 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) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。
- c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。

- ア 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。
- イ 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。
- ウ 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人(福祉施設・事業所)が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。
- エ 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。

<コメント>
 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握・分析し、中長期の事業計画に反映しています。指定管理者として市の福祉計画の策定動向等も視野に入れながら、利用者数や福祉ニーズ等を把握し、適切な福祉サービスの提供に努めています。年度ごとの事業計画や収支計画の策定に際しては、福祉サービスのコスト分析や福祉サービスの利用者推移等の分析を行っています。また、法人として外部の有識者等で構成する評価委員会から経営について意見をいただき、経営の改善につなげています。

		<small>第三者評価結果</small>
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a

【判断基準】

- a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。
- b) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。
- c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。
 - ア 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。
 - イ 経営状況や改善すべき課題について、役員(理事・監事等)間での共有がなされている。
 - ウ 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。
 - エ 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。

<コメント>
 中長期の事業計画、年度ごとの事業計画を策定し、福祉サービスの内容や職員体制等について現状と課題を明らかにし、経営の改善に向けて取組を進めています。経営状況等については、定期開催されている理事会での意見交換等により役員間で共有されています。事業所では、毎月開催される運営・調整会議、運営改善委員会等で経営状況や改善課題について意見交換し、組織内で共有し解決に向けて具体的な取組につなげています。

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

		<small>第三者評価結果</small>
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b

【判断基準】

- a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定して
- b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していなく、十分ではない。
- c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。

- ア 中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にしている。
- イ 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。
- ウ 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。
- エ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。

<コメント>

平成31年度から令和10年度の長期計画と平成31年度から令和5年度までの中期計画を作成しています。この計画は、経営環境と経営状況の把握・分析を踏まえ、理念の具現化を図るためのものになっています。具体的には、「地域貢献の充実」、「災害対策」、「利用者サービスの向上」、「人材の確保・定着・育成」、「施設経営」など計画期間中の今後の対応や取組を明確にしています。しかし、計画期間中の収支計画が策定されていません。中長期の事業計画を実現するためには、財務面の裏付けが不可欠ですので、収支計画の策定が望まれます。

第三者評価結果

5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b
---	--------------------------------------	---

【判断基準】

- a) 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。
- b) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。
- c) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。
 - ア 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。
 - イ 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。
 - ウ 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。
 - エ 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。

<コメント>

法人の中長期計画の内容を踏まえた事業所の単年度事業計画が策定されています。具体的に、7項目の重点目標と各部門ごとの事業内容を明らかにして、職員が福祉サービスの向上に向けて取り組める内容になっています。事業計画の「方針」では「法令や職場内ルールの遵守」を掲げ、「施設全体で取り組むこと」として、「関係法令の遵守に向けた取り組み」、「情報公開、運営の透明性に関すること」、「要望・苦情の受け付け体制について」など、コンプライアンス体制の強化を意識した内容がみられます。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

第三者評価結果

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
---	--	---

【判断基準】

- a) 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) 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。
- c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。

- ア 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。
- イ 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。
- ウ 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。
- エ 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。
- オ 事業計画が、職員に周知(会議や研修会における説明等)されており、理解を促すための取組を行っている。

<コメント>
 事業計画は、職員の意見を取り入れながら部門長が部門ごとにとりまとめ、管理者が全体を総括しています。策定された事業計画は、職員に部門ごとの会議で説明したり、資料を回覧する等により周知しています。また、事業所内ネットワークでいつでも内容を確認をすることができます。事業計画の実施状況は毎月の部門ごとの会議、事業所全体の運営改善委員会等で確認し、評価しています。

		<small>第三者評価結果</small>
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

【判断基準】

- a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。
 - b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。
 - c) 事業計画を利用者等に周知していない。
- ア 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知(配布、掲示、説明等)されている。
 - イ 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。
 - ウ 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。
 - エ 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。

<コメント>
 通園部門では、「通園のしおり」に「通園」に関する事業計画の内容を分かりやすく記載しており、年度初めには保護者連絡会で内容を説明し保護者の理解を促しています。事業所全体の事業内容は、パンフレットを作成して利用者等に配布し、必要に応じて説明をしています。しかし、通園部門以外では、利用者等に事業内容の理解を促す取組が十分ではありません。外来診療や地域支援の利用者に対し事業内容の理解を促す工夫が期待されます。

I-4 福祉サービスの質の向上へ組織的・計画的な取組

I-4-(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。

		<small>第三者評価結果</small>
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

【判断基準】

- a) 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。
- b) 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ているが、十分に機能していない。
- c) 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ていない。

- ア 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。
- イ 福祉サービスの内容について組織的に評価（C：Check）を行う体制が整備されている。
- ウ 定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。
- エ 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。

<コメント>

事業計画に基づく取組状況については、毎月開催の運営改善委員会で確認し、業務改善につなげています。事業所自己評価は、厚生労働省が策定した「ガイドライン」に沿って毎年実施しています。評価項目は「環境・体制等」、「業務改善」、「適正な支援の提供」、「関係機関や保護者との連携」、「保護者への説明責任」の大項目のもと、小項目は40項目にわたっています。この評価結果は、ホームページに掲載し、透明性のある運営に心がけています。第三者評価は定期的に受審し、組織的・継続的な福祉サービスの質の向上に取り組んでいます。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。
- b) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。
- c) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。
 - ア 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。
 - イ 職員間で課題の共有化が図られている。
 - ウ 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。
 - エ 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。
 - オ 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。

<コメント>

毎月開催の部門別会議や事業所全体の運営改善委員会等で、課題の改善状況をチェックしており、職員間で課題の共有化が図られています。各年度の事業計画では、課題の改善に向けた取組が具体的に記載されています。しかし、計画作成段階では前年度の実施状況の評価が定まっていないため、必ずしも評価結果が事業計画に反映されていない状況があります。毎年度当初、年度ごとの運営課題は明確にし、それに対する取り組みの進捗状況を毎月報告しています。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

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
----	---	---

第三者評価結果

【判断基準】

- a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。
- b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。
- c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。
- ア 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。
- イ 管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。
- ウ 管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。
- エ 平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。

<コメント>

管理者は、年度初めに事業計画書等をもとに、施設の経営・管理に関して方針と取組を説明しています。しかし、管理者自らの役割と責任についての表明は十分なものとはなっていません。管理者がリーダーシップを発揮し、職員との信頼関係を築くためには、管理者は自らの役割と責任を職員に明らかにする必要があります。職務分掌等を文書化して、管理者の役割と責任を明確にすることが求められます。また、非常時における管理者不在時の権限委任を文書化する等の明確化も重要です。

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
----	--	---

第三者評価結果

【判断基準】

- a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。
- b) 管理者は、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が、十分ではない。
- c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。
- ア 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。
- イ 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。
- ウ 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。
- エ 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。

<コメント>

管理者は、関係法令や「事業者ハンドブック」にもとづき、法令遵守や利害関係者との適切な関係保持に努めています。また、定期開催の法人の施設長会議や研修に参加して法令遵守について学んでいます。職員の行動指針となる法人作成の「職員ハンドブック」は、法人内ネットワークでいつでも閲覧できるようにしています。事業者や保護者との適切な関係を保持するため、職員に対して定期的に服務規律について説明をしています。環境への配慮の取組も事業所の社会的責任の一つですので、更なる積極的な取組が期待されます。

II-1-(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持ち、その取組に指導力を発揮している。	a
----	---	---

【判断基準】

- a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。
- b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。
- c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。
- ア 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。
 - イ 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。
 - ウ 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している
 - エ 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。
 - オ 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。

<コメント>

管理者は、中長期計画に掲げた課題の解決に向けて策定した年度ごとの事業計画に基づく福祉サービスの現状について、毎月定期開催される運営改善委員会等で評価・分析を行い、改善の取組に指導力を発揮しています。運営改善委員会の他、組織内に事故防止委員会、苦情解決委員会等を組織して課題解決、業務改善に取り組んでいます。委員会への参加は主任以上の職員となっており、職員には確認した内容等を各部門の会議で伝えて情報共有しています。法人研修として、階層別研修や職種別研修を、外部研修への派遣の充実を図っています。

13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	b
----	---	---

【判断基準】

- a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。
- b) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。
- c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。
- ア 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。
 - イ 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。
 - ウ 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。
 - エ 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。

<コメント>

管理者は、報酬の改定やサービスの向上に資する加算の算定などによる財務状況の改善状況等を踏まえながら、経営の改善に取り組んでいます。業務の実効性を高めたり組織内に同様の意識を形成するため、組織内に運営改善委員会等の体制を構築して、管理者自ら参加し指導力を発揮しています。働きやすい環境整備として、時間給の導入や有給休暇の取得促進、福利厚生事業にも取り組んでいます。しかし、慢性的な人材確保難が続いており、計画的な職員配置が必ずしも進んでいません。

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理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計画が確立し、取組が実施されている。	b
----	--	---

【判断基準】

- a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。
- b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。
- c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。
- ア 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。
- イ 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。
- ウ 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。
- エ 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。

<コメント>

指定管理者として、市の方針に基づき福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方を整理しています。その基本的な考え方にに基づき必要な福祉人材や人員体制の計画があり、人材確保や育成を進めていますが、計画通りには進んでいません。採用活動として、就職フェアへの参加や養成校への働きかけ、実習生へのアプローチ、施設見学会など積極的な取組をしています。人材育成として、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修の充実を図ったり、法人内で持ち回りでグループ発表をしたり、事例検討会などに取り組んでいます。

第三者評価結果

15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
----	-----------------------------	---

【判断基準】

- a) 総合的な人事管理を実施している。
- b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。
- c) 総合的な人事管理を実施していない。
- ア 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。
- イ 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。
- ウ 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。
- エ 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。

- オ 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。
- カ 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。

<コメント>
 法人の理念にもとづいた「期待する職員像」は、「職員ハンドブック」に記載された「職員規範」で明確にされ、新採用職員研修で説明すると共に、随時読み合わせをして確認しています。職員ハンドブックは事務室内に配架されており、法人内ネットワークの共有フォルダで確認できるようになっています。人事基準のうち昇進と昇格については内規になっており、職員への周知は十分ではありません。毎年実施の人事考課により職員の能力、成果、貢献度等を評価しています。人事異動は、人事考課と本人の希望にもとづいて実施しています。キャリアパスが整備され、職員は自らの将来の姿を描くことができるようになっています。

II-2-(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。	第三者評価結果 b
----	---	--------------

【判断基準】

- a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。
- b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。
- c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。
 - ア 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。
 - イ 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。
 - ウ 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。
 - エ 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。
 - オ 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。
 - カ ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。
 - キ 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。
 - ク 福祉人材の確保、定着の観点から組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。

<コメント>
 職員の就業状況を把握し適切な労務管理に取り組んでいますが、慢性的な人材確保難のなか、人員体制が必ずしも十分ではないことが課題となっています。時間給の導入などの取組はしていますが、今後、さらなるワーク・ライフ・バランスへの配慮が期待されます。中長期計画には人材確保の具体的な計画がありますが、計画通りの実施には至っていません。定期的に設けられている上司と職員との個別面談によりコミュニケーションを図っています。産業医や産業保健師との面談の機会もあり、職員の健康管理に配慮しています。労務管理の責任体制については、研修等で伝えていますが明確な文書化がされていません。

II-2-(3) 職員の質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。	第三者評価結果 b
----	------------------------------------	--------------

【判断基準】

- a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。
- b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。

c)職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。

- ア 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。
- イ 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。
- ウ 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。
- エ 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。
- オ 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。

<コメント>
 「期待する職員像」は、「職員規範」の中で明らかにしており、職員の目標設定の指針になっています。職員一人ひとりの目標設定は、上司との面談を通して、組織目標に沿った内容にしています。目標設定は、目標項目、目標水準、目標期限を明確にし、期末の面接で目標達成度を確認しています。しかし、年度途中の中間面接は実施されていません。中間面接は、上司と職員の面談のなかで、目標の達成状況等を確認し、必要に応じて上司から目標達成に向けての助言や支援が期待されるという重要な位置づけがあります。業務の中で随時確認はされていますが、中間面接への検討が期待されます。

18

	第三者評価結果 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
--	---	---

【判断基準】

- a)組織として職員の教育・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)組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。
- c)組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。
 - ア 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。
 - イ 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。
 - ウ 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。
 - エ 定期的に計画の評価と見直しを行っている。
 - オ 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。

<コメント>
 期待する職員像は、「職員規範」で明らかにしています。研修委員会が年度初めに階層別研修、職種別研修、テーマ別研修の計画を策定し、適切に職員研修を実施しています。外部研修は、研修実施機関からの通知を職場内で回覧して職員に周知し、必要な研修を受講できるように配慮しています。法人内で各施設、事業所がテーマを決めて研究・発表する「研究発表大会」を開催しており、職員の主体的な学びを促しています。職員に必要とされる専門資格の取得や専門技術の習得を上司が推奨していますが、それらについて具体的な目標を計画等に明記することが期待されます。

19

Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。

b

【判断基準】

- a)職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。
- b)職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。
- c)職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。
- ア 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。
 - イ 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。
 - ウ 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。
 - エ 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。
 - オ 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。

<コメント>

職員の知識、技術、専門資格を把握した上で、個々の職員が必要な研修を受講できるように配慮しています。新任職員には、新任職員研修を受講すると共に、職場内で先輩職員によるOJTが実施され、業務内容や職場環境に早期になじめるよう工夫をしています。研修委員会が策定している年間研修計画には、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修が用意されており、職員は必要な研修を受講できるように配慮されています。外部研修の情報は職場内回覧で職員に周知し、必要な研修は受講するよう推奨しています。

Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

20

Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。

b

【判断基準】

- a)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、効果的なプログラム用意する等、積極的な取組を実施している。
- b)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てはいるが、効果的育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。
- c)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ておらず、教育・研修が行われていない。
- ア 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。
 - イ 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。
 - ウ 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。
 - エ 指導者に対する研修を実施している。
 - オ 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。

<コメント>

実習生の受け入れに関する基本姿勢について事業計画の中で明文化し、保育士、看護師の養成校から毎年実習生を受け入れています。実習生受け入れマニュアルがあり、実習プログラムも用意され、効果的な研修・育成ができるように体制を整えています。養成校の担当者が来所して、学習内容について協議するなど連携した取組をしています。また、障害児に対する理解を深めて貰うため、座学での情報提供にも心がけています。実習指導職員への研修の実施が期待されます。

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(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情報公開が行われている。	b
----	--------------------------------------	---

【判断基準】

- a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。
- b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。
- c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。
- ア ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。
- イ 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。
- ウ 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。
- エ 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。
- オ 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。

<コメント>

ホームページ等の活用により、法人の理念、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、収支予算、第三者評価受審結果、自己評価や家族の評価などを公開しています。法人、事業所の概要や役割等を明確にした事業所パンフレット等は相談支援事業等の関係機関の窓口においてあり、地域に情報提供をしています。しかし、寄せられた苦情・相談の内容やその対応、改善の状況については公表されていません。これらについては、福祉サービスの向上に資するものですので、当事者の理解を得ながら、公表されることが期待されます。

第三者評価結果

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
----	---	---

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。
- ア 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。
- イ 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。
- ウ 福祉施設・事業所の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。
- エ 外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。

<コメント>

事業所の事務、経理等に関する規定は、法人ネットワークの共有フォルダーで、職員が閲覧できるようになっています。法人の「組織規程」に各事業所や部門の事業内容は記載されていますが、役職者や職員の権限、責任が明記された職務分掌に関する規定が確認できませんでした。事業所の経理事務等は、法人事務局で月次の確認をし、外部の公認会計士の監査支援を受けています。監査等の指摘事項にもとづいて経営改善に取り組んでいます。

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

第三者評価結果

23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
----	---------------------------------------	---

【判断基準】

- a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。
- b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。
- c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。
- ア 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。
 - イ 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。
 - ウ 利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。
 - エ 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。
 - オ 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。

<コメント>

事業所パンフレットの「センターの概要」には、「お子さんとご家族が家庭や地域で安心して過ごすことができるよう地域の関係機関と連携して支援します」と基本的な考え方を明記しています。利用できる社会資源として、児童発達支援施設等の地域の関係機関、サークル等を紹介する資料をエントランスに置いています。また、家族のレスパイトのための家庭支援員制度の紹介をしています。この数年はコロナ禍で実施できていませんが、地域との交流も目的として、地域の方を招待し施設内で「夏祭り」を開催しています。

第三者評価結果

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。	b
----	---	---

【判断基準】

- a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。
- b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。
- c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。
- ア ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。
 - イ 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。
 - ウ ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している
 - エ ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。
 - オ 学校教育への協力を行っている。

<コメント>
 ボランティアの受け入れや学校教育への協力に関して、事業計画に基本姿勢が明示されています。ボランティアの受け入れに際しては、利用者との交流を図る視点で事前に研修を実施しています。地域と交流する「夏祭り」に学生ボランティアを受け入れたり、「カットボランティア」が入って、利用者に理美容のサービスをしています。また、「キッズボランティア」は、利用者には同行してくる「きょうだい児」の保育に当たっています。ボランティア登録手続きや事前説明等に関するボランティア受け入れマニュアルの整備が期待されます。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

		第三者評価結果
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。	a

【判断基準】

- a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。
- b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。
- c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法体系的に明示していない。
 - ア 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。
 - イ 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。
 - ウ 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。
 - エ 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。
 - オ 地域に適当な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。

<コメント>
 利用者支援に必要な社会資源や関係機関について、事業所内の会議や委員会活動の中で職員間で情報共有しています。区のみまもり支援センターや教育委員会とは定期的に連絡会議を持ち、要保護児童対策地域協議会に参加し、必要な支援につなげています。利用者の個別支援に当たっては、学校、保育所、幼稚園、子ども家庭支援センターと連携を図って対応しています。

II-4-(3) 地域の福祉向上のため取組を行っている。

		第三者評価結果
26	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a

【判断基準】

- a) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。
- b) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。
- c) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。
 - ア 福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めている。

<コメント>

事業所では、各種関係会議等に出席する中で地域の具体的な福祉ニーズを把握しています。各区ごとに年3回行われる「保健所連絡会」では、1歳半、3歳半の健診後、発達面で気になる子どもを必要な支援につなげるため、関係機関との連携や情報の確認を行っています。また要保護児童対策地域協議会に出席し、要保護児童の早期発見や適切な保護に向けて関係機関からの情報収集・共有をしています。その他、川崎市地域みまもり支援センターとの連絡会、地域民生・児童委員意見交換会等への出席など、多様な機会を捉え、関係機関連携とニーズ把握に努めています。

27

Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。

第三者評価結果

b

【判断基準】

- a) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。
 b) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。
 c) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を行っていない。
- ア 把握した地域ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。
 イ 把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。
 ウ 多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。
 エ 福祉施設・事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極的に行っている。
 オ 地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。

<コメント>

毎月第2土曜日に療育センター内で行う「つばき学習室」は、NPO法人「つばき学習会」と連携し実施しています。ここでは経済的事由などにより学習環境を整えることが困難であり、相談支援を通じて紹介した小学生を対象に、学習支援と居場所を提供しています。昨年度は主にzoom開催となった保護者講座では通園を利用する保護者にとどまらず、療育センターの利用者に広く周知し、開催していますが、新たなニーズの掘り起こしが課題となっています。福祉避難所の指定事業所として住民向け備蓄品の保管場所の課題があり、市の見直しの動向を注視している状況です。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの提供

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

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。

第三者評価結果

b

【判断基準】

- a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。
 b) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。
 c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。

- ア 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。
- イ 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。
- ウ 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。
- エ 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。
- オ 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。

<コメント>

事業計画においては、法人の基本理念および「職員規範」に基づき、法令遵守の方針を明示しており、新採用職員研修等で職員に周知しています。人権擁護の意識徹底に向けては、年1回、全職員が「セルフチェックシート」による振り返りを行い、権利擁護委員会が取りまとめ、掲示・回覧しています。昨年度は、各係会議で「川崎市子どもの権利に関する条例」の読み合わせを行いました。今年度は身体拘束適正化指針や、虐待防止マニュアルの見直しによる新たな仕組みについて職員研修を行う予定です。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的把握・評価等は不十分との認識です。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。
- b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が十分ではない。
- c) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。
- ア 利用者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・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその理解が図られている。
 - イ 規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。
 - ウ 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている。
 - エ 利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。

<コメント>

個別支援計画に関する面談や相談支援のための面談時は、相談室等を利用し、話の内容が外に漏れない様に配慮しています。外来診療部門の医師の診察や作業療法士(OT)、理学療法士(PT)、言語聴覚士(ST)、臨床心理士によるセラピーにおいても、それぞれ専用の部屋を用いるなど、プライバシーに配慮した支援を行っています。幼児用トイレは安全面から全体の見守りが可能な様に、個々に仕切りはなく、希望する年長児用にはドア付きの個室があります。保護者からは男女同じスペースでの排泄を不安視する声も上がっています。プライバシー保護に関する規程・マニュアル等の整備が望まれます。

Ⅲ-1-(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。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。
- b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。
- c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。

- ア 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。
- イ 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。
- ウ 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にていねいな説明を実施している。
- エ 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。
- オ 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。

<コメント>
 事業所のリーフレットは、行政機関、相談支援事業所などの関係機関に置いています。リーフレットは通園、地域支援、外来診療の各部門についてサービスの概要を紹介しており、カラフルな色使いで分かりやすい内容となっています。ホームページでも同様の紹介をしています。センター内の外来や相談からの紹介でつながった通園施設の見学者はソーシャルワーカーが個別に案内し、リーフレットを用いて丁寧な説明に努めています。利用希望者に対する情報提供内容については、内容の見直しが不十分との認識です。

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。	第三者評価結果 b
----	---	--------------

【判断基準】

- a) 福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族にわかりやすく説明を行っている。
 - b) 福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族に説明を行っているが、十分ではない。
 - c) 福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族に説明を行っていない。
- ア サービスの開始及び変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。
 - イ サービスの開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。
 - ウ 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。
 - エ サービスの開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。
 - オ 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。

<コメント>
 通園部門では入園前の3月末に、通園のしおり、担任紹介、案内図などを郵送します。通園のしおりには、園の基本方針、年間予定、日課、給食、保健、災害時対応、個人情報の取り扱いなど園生活に係る詳細な説明をルビつきで掲載しています。3月末から4月上旬の担任との新入園時面接では、契約書や重要事項説明書を説明し、保護者の同意をもらっています。外国籍の保護者には通訳を依頼したりSNSを用いるほか、自動翻訳機も備えています。保護者に障害があるなど配慮を要する場合の対応について、分かりやすく伝える様に留意しています。

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。	第三者評価結果 b
----	--	--------------

【判断基準】

- a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。
- b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが、十分ではない。
- c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ていない。

- ア 福祉サービス内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。
- イ 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。
- ウ 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。
- エ 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。

<コメント>

通園利用者の退園時に保護者の希望がある場合は、支援に携わった通園職員、相談支援専門員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理士などのセラピストらが情報提供資料を作成しています。ソーシャルワーカーは、各部署の提供資料を取りまとめ、移行先の療育センターや幼稚園、保育園など関係機関との引き継ぎを行っています。引き継ぎや申し送りに用いる「情報提供書」の様式は決まっていますが、引き継ぎ手順や文書に関して明文化したマニュアル等はありません。退園後、18歳までは、地域支援部門ソーシャルワーカーを相談窓口としています。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

第三者評価結果

33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
----	---	---

【判断基準】

- a) 利用者満足把握の仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。
- b) 利用者満足把握の仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。
- c) 利用者満足把握のための仕組みが整備されていない。
 - ア 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。
 - イ 利用者への個別の相談面談や聴取、利用者懇談会が、利用者満足把握を目的で定期的に行われている。
 - ウ 職員等が、利用者満足把握を目的で、利用者会や家族会等に出席している。
 - エ 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。
 - オ 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。

<コメント>

毎年、通園部門では保護者アンケートを実施し、その結果を「(保護者用)児童発達支援評価表」として法人ホームページに公表し、意見に対する園の対応も掲載しています。また、個別支援計画の立案やモニタリングのために保護者の個別面談を年3回実施し、満足度などのヒアリングにも努めています。相談支援部門においては、利用者満足度調査実施のほか、個別面談、電話、計画案の作成時やモニタリング時に相談や意見の聞き取りに努めています。利用者満足度の上昇に向けて、保護者参画のもとでの検討会議の設置など、今後、更なる組織的な取組が期待されます。

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

第三者評価結果

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
----	--------------------------------------	---

【判断基準】

- a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。
- b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。

c) 苦情解決の仕組みが確立していない。

- ア 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。
- イ 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を保護者等に配布し説明している。
- ウ 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。
- エ 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。
- オ 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。
- カ 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。
- キ 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。

<コメント>

法人の「苦情解決・相談実施要綱」により苦情解決体制を整備しています。運営・調整会議内の苦情解決委員会で協議を行い、苦情解決の仕組みの掲示やご意見箱の設置なども行っています。苦情内容はケアカルテ等に記載して副所長に報告すると共に、協議内容は委員会議事録に記録しています。今後、苦情受付から解決まで一連の記録の整備が期待されます。第三者委員には社会福祉士等3名を選任し掲示していますが、「重要事項説明書」には記載がなく、委員の連絡先を「事業団事務局」としています。今後、委員の氏名、連絡先の明示や、相談先に行政主管課や第三者機関を併記するなど、苦情解決体制の一層の明確化と保護者への周知が望まれます。

第三者評価結果

35

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べ易いように環境を整備し、利用者等に周知している。

b

【判断基準】

- a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。
- b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。
- c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。
 - ア 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。
 - イ 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。
 - ウ 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。

<コメント>

個別の面談は面談室などプライバシーの保護が確保できるスペースで行っています。「重要事項説明書」には、苦情や意見の受付窓口の担当者、受付時間、電話番号、FAX番号を掲載し、意見箱の設置についても明記しています。相談窓口の担当者は主任以上の職員名を列記し、相談や意見を述べる際に、複数の方法や相手を自由に選べるよう明示しています。そのほか、連絡帳、電話、面談など、それぞれの保護者が相談しやすい方法で相談を受け付けています。複数の相談窓口の案内については、重要事項説明書にとどまらず、文書の配布や掲示等による更なる周知の工夫が期待されます。

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

【判断基準】

- a)利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。
 b)利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。
 c)利用者からの相談や意見の把握をしていない。

- ア 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。
 イ 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。
 ウ 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。
 エ 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。
 オ 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。
 カ 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。

<コメント>

通園部門では、保護者から出された相談や意見は個人記録に記録し、園長に報告しています。クラスごとの日々の終礼では、相談・意見の内容や対応を確認し、検討を要する場合はその都度話し合い、対応につなげています。年1回実施する保護者アンケートの結果は「(保護者用)児童発達支援評価表」として法人ホームページに公表しています。アンケートで出された保護者の意見については、会議で話し合い、改善に向けて取り組むと共に、対応内容も公表しています。今後、相談や意見を受けた際の記録方法、報告手順、対応策の検討などを定めたマニュアルの整備が期待されます。

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のために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

【判断基準】

- a)リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。
 b)リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。
 c)リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。

- ア リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。
 イ 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）等を明確にし、職員に周知している。
 ウ 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。
 エ 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。
 オ 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。
 カ 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。

<コメント>

通園部門ではヒヤリハット事例の収集に努め、終礼で事故・ヒヤリハットを報告し、日誌に記載しています。月1回、運営・調整会議内で副所長を責任者とする事故防止委員会を開催し、繰り返し発生する事故やハイリスク事案について対応策の検討、整備を行っています。昨年度は事故・ヒヤリハットの基準の見直しを行いました。また月別・曜日別・場面・場所別のヒヤリハット分析により、ハイリスクの場면을明らかにし注意喚起を図っています。年1回、危機管理研修を実施し、昨年度はグループワークによる事例検討を行いました。今後、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)等を明確にし、リスクマネジメント体制の整備と職員への一層の周知が望まれます。

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。

第三者評価結果

a

【判断基準】

- a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。
- b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。
- c) 感染症の予防策が講じられていない。
- ア 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。
 - イ 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。
 - ウ 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。
 - エ 感染症の予防策が適切に講じられている。
 - オ 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。
 - カ 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。

<コメント>

運営・調整会議内で副所長を責任者とする感染症対策委員会を開催し、「感染症対策マニュアル」に基づいて感染症対策を講じています。昨年度は、看護師を講師とし「新型コロナウイルスに関する最新情報と感染予防対策」をテーマに職員研修会を実施しました。通園・外来診療部門では、遊具使用ごとと12時、降園後の消毒、事務所では10時、12時、15時と電話使用時の消毒、相談・外来部門では利用者来所時の検温や体調のチェックを行うなど、センター全体で感染症対策に努めています。保護者向けには毎月の「ほけんだより」で随時注意喚起を図っています。

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。

第三者評価結果

b

【判断基準】

- a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、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) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。
- c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。
- ア 災害時の対応体制が決められている。
 - イ 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。

- ウ 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。
- エ 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。
- オ 防災計画等を整備し、地域の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。

<コメント>

避難時には、利用者の緊急連絡先を持ち出せるように準備しています。災害時には保護者へ一斉メール配信を行う旨、入園時に周知しています。火災、津波、地震それぞれを想定した避難訓練を実施すると共に、保護者には「通園のしおり」などにより、各災害時の安全確保の方法を周知し、協力を仰いでいます。年2回、建物を共有する川崎市立川崎高等学校・附属中学校との合同避難訓練も実施しています。今後、地域の行政、消防署、自治会等とも連携した訓練の実施が期待されます。災害時の事業継続に向けたBCP(事業継続計画)も立案済みですが、職員研修は未実施です。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

第三者評価結果

40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
----	---	---

【判断基準】

- a) 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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。
- b) 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ているが、それにもとづいた福祉サービス提供の実施が十分ではない。
- c) 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ていない。
 - ア 標準的な実施方法が適切に文書化されている。
 - イ 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。
 - ウ 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。
 - エ 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。

<コメント>

通園部門においては、虐待防止、感染症対策、健康管理、緊急時対応の各マニュアル等を整備しています。新任職員に対するOJTでは、新入園児保護者への初回面接で聞き取り内容に差異が生じない様に様式を作成したり、ベテラン職員が同席して手法を伝えています。今後、療育や保護者支援などの業務において口伝の限界性や職員によって生ずる差異をなくし、一定の水準を確保するために、児童発達支援ガイドラインを踏まえた園独自の支援マニュアルの作成が望まれます。一方、相談支援部門においては、「相談支援の手引書」を作成しています。

第三者評価結果

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。	b
----	---	---

【判断基準】

- a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるような仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。
- b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるような仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。
- c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない

- ア 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。
- イ 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。
- ウ 検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。
- エ 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。

<コメント>

運営・調整会議内の各委員会でマニュアルの検証・見直しを実施しており、昨年度は身体拘束等適正化体制検討委員会で虐待防止マニュアルの改訂を行いました。今後新たに標準的な実施方法を文書化する際には、検証・見直しの時期・方法を定めると共に、個別支援計画や、職員や利用者等からの意見が反映されるように、定期的・組織的検証・見直しの仕組みづくりが期待されます。

III-2-(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。

第三者評価結果

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
----	--	---

【判断基準】

- a)利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。
 - b)利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。
 - c)利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）を策定するための体制が確立していない。
- ア 個別支援計画策定の責任者を設置している。
 - イ アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。
 - ウ 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。
 - エ 個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。
 - オ 個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（職種によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。
 - カ 個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。
 - キ 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。

<コメント>

通園部門には園長を含む3名の児童発達支援管理責任者(児発管)を配置しています。個別支援計画の策定にあたっては、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理士などセラピストから意見聴取のうえ、園長、児発管、担当者による個別支援会議を開いています。園長は全ての個別支援会議に出席し、指導にあたっています。支援開始時には全6項目のアセスメントシートを、以降の個別支援計画には全9項目のアセスメントシートを用いてアセスメントを行っています。個別支援計画書には保護者面談で聴取した利用者・家族の意向を明示し、計画立案時には保護者へ説明のうえ同意のサインを収受しています。

第三者評価結果

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
----	--------------------------------------	---

【判断基準】

- a)個別支援計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。

- b) 個別支援計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。
- c) 個別支援計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。
- ア 個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。
 - イ 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。
 - ウ 個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。
 - エ 個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。

<コメント>

個別支援計画に係るアセスメント、計画作成、モニタリング、という一連のプロセスが計画的に行われています。円滑な進捗管理に向けては、事前に個別支援会議の日程計画を作成し、計画の検討や見直しを進めています。保護者への個別面談は、アセスメント、個別支援計画の説明と同意、モニタリング時の説明と同意と合わせて年3回実施しています。発作の頻発や経管栄養、気管切開への変更など、子どもの状態の急な変化により緊急に計画の変更を要する場合は、再アセスメントのうえ計画を立て直しています。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

第三者評価結果

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。

a

【判断基準】

- a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。
- b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。
- c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。
- ア 利用者の身体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把握し記録している。
 - イ 個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。
 - ウ 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。
 - エ 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。
 - オ 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。
 - カ パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。

<コメント>

事業所内の記録システム上では、個別支援計画、個別支援会議録、日誌、日々の支援内容などを職員間で情報共有をしています。通園療育、OT、PTによる訓練、心理検査の状況や支援目標など個別の情報を共有できるため、円滑な他職種連携を可能としています。一方、個別ファイルは紙ベースで作成しています。個別支援計画については、クラスによって書き方が異なっていたため、主任保育士が書き方のポイントを作成・配布し、記録の標準化に努めました。個別記録は園長が全ケースについて目を通しており、書き方など気づいた点は、直接当該職員に指導しています。

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

【判断基準】

- a)利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。
- b)利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。
- c)利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。
- ア 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。
 - イ 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。
 - ウ 記録管理の責任者が設置されている。
 - エ 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。
 - オ 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。
 - カ 個人情報の取扱いについて、保護者等に説明している。

<コメント>

記録管理の責任者を副所長とし、法人の「個人情報保護要綱」に基づき個人情報保護を行っています。利用者には、契約書、重要事項説明書、「個人情報取り扱いに関する同意書」等により説明し、同意をもらっています。個人情報の持ち出しは「持ち出し記録簿」により上司の許可の上で行っています。業務内では、郵便物の送付間違い防止のため「郵便物ダブルチェック表」を用いています。請求書、代理受領書等の配付時はファイルに入れ、他の人から見られない様に配慮しています。連絡帳の入れ間違い防止には連絡帳管理記録をつけ、確認しています。外部見学者の来所時は個人情報がかかる情報を取り外しています。

(別紙2A)

第三者評価結果(内容評価)

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-(1) 自己決定の尊重

第三者評価結果

A1	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	b
----	---------------------------------------	---

【判断基準】

- a) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。
- b) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っていない。
- ア 利用者の自己決定を尊重するエンパワメントの理念にもとづく個別支援を行っている。
 - イ 利用者の主体的な活動については、利用者の意向を尊重しながら、その発展を促すように支援を行っている。
 - ウ 趣味活動、衣服、理美容や嗜好品等については、利用者の意思と希望や個性を尊重し、必要な支援を行っている。
 - エ 生活に関わるルール等については、利用者話し合う機会（利用者同士が話し合う機会）を設けて決定している。
 - オ 利用者一人ひとりへの合理的配慮が、個別支援や取組をつうじて具体化されている。
 - カ 利用者の権利について職員が検討し、理解・共有する機会が設けられている。

<コメント>

個別支援の場面では、子どもの意向や自己決定を尊重し主体的な活動を引き出しています。子どもにさせたいことを押し付けるのではなく、子ども自身が選んだことを主体的に行えるようにしています。欲しい時には「ちょうだい」と言えるように促したり、自分の希望する物を選ぶように、イラストやカードを用いて「どっちにする？」と問いかけています。集団の場面では、本人の「やらない」という意思や、「イヤ」という拒否の表現も大切にしています。子どもが集まっている場所が「イヤ」であれば、部屋の端や、窓付きの段ボールの仕切りの向こうから、皆の姿を見ているだけでも本人なりの参加の仕方として尊重しています。今後に向けては、経験年数の浅い職員の専門性の向上を目指しています。

A-1-(2) 権利擁護

第三者評価結果

A2	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a
----	-----------------------------------	---

【判断基準】

- a) 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。
- b) -
- c) 利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。
- ア 利用者の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。
 - イ 利用者の権利擁護のための具体的な取組を利用者や家族に周知している。
 - ウ 権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。

- エ 原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続きと実施方法を明確に定め、職員に徹底している。
- オ 所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。
- カ 権利擁護のための取組について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。
- キ 権利侵害が発生した場合に再発防止策を検討し、理解のもとで実践する仕組みが明確化されている。

<コメント>

権利擁護の意識の徹底に向けては、年1回、全職員が「セルフチェックシート」による振り返りを行っています。これを権利擁護委員会が取りまとめ、掲示・回覧しています。各係会議では毎年、「川崎市子どもの権利に関する条例」の読み合わせも行っていきます。障害者の虐待防止及び身体拘束等の適正化の推進の義務化に向けては、昨年度、虐待防止・身体拘束等適正化体制検討委員会を月1回実施し、「虐待対応マニュアル」の改訂と、「身体拘束等適正化指針」の策定に取り組みました。今年度は同委員会を中心に、身体拘束等の適正化や虐待防止の新たな仕組みについて全職員を対象に職員研修を実施しました。通園の園長は今後、権利侵害の防止に向けて、日々の様々な支援場面の対応について、身体拘束にあたるかどうかを細かく整理し、職員への周知徹底を図る意向です。

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本

第三者評価結果

A3 A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。

b

【判断基準】

- a) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。
- b) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っていない。

- ア 利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等を理解し、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援を行っている。
- イ 利用者が自力で行う生活上の行為は見守りの姿勢を基本とし、必要な時には迅速に支援している。
- ウ 自律・自立生活のための動機づけを行っている。
- エ 生活の自己管理ができるように支援している。
- オ 行政手続き、生活関連サービス等の利用を支援している。

<コメント>

療育においては、着脱、排泄、食事など生活習慣の自立に向け、個々の発達状況や障害特性、家庭力に応じた個別支援を行っています。年長児で年齢や発達に応じた適切な食事が与えられていない場合などは、親の養育能力も勘案し、当面の目標を「園に通ってくること」とし、就学に向けて支援を組み立てています。子どもが自力でできる場所は、見守りの姿勢を基本としています。保護者から「子どもにさせず、(自分が)靴をはかせてしまう」などの相談では、保護者が自信を持って子どもを見守ることができるよう支援しています。家族支援では、保護者が「できた」ことを実感し、子どもの見守りや関わりに自信を持てるように、子どもの特徴を伝えつつ、園での職員の関わりを見てもらったり、具体的関わりのヒントを助言するよう心掛けています。高い専門性を要する保護者支援については職員の専門性の向上と一層のスキルアップが課題であると考えています。

第三者評価結果

A4

A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。

a

【判断基準】

- a) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。
- b) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っていない。
- ア 利用者の心身の状況に応じて、さまざまな機会や方法によりコミュニケーションがはかられている。
 - イ コミュニケーションが十分ではない利用者への個別的な配慮が行われている。
 - ウ 意思表示や伝達が困難な利用者の意志や希望をできるだけ適切に理解するための取組を行っている。
 - エ 利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援を行っている。
 - オ 必要に応じて、コミュニケーション機器の活用や代弁者の協力を得るなどの支援や工夫を行っている。

<コメント>

療育の中では子どもの心身の状況に応じたコミュニケーションに努めています。一日の流れを写真で示す、三輪車や絵の具など遊びの内容をイラストで示す、下駄箱や活動に使用する部屋に動物のマークを表示する、など個々の子どもの状況に応じた表示や手段を工夫し、コミュニケーションの助けとしています。重症心身障害児については、保護者からの助言も得ながら目の動き、首の動き、表情や反応などでyes、noなど本人の意思や気持ちの理解に努めたり、風、氷の冷たい感触、やきそばやホットケーキの匂い、風鈴の音など五感を通じたコミュニケーションの工夫をしています。保護者に対しては、クラスだよりにルビを振るほか、ローマ字で表示する場合があります。必要に応じて市の通訳ボランティアの派遣を依頼し、入園時の生活状況の聞き取りや外来診療の際の専門用語への対応にも万全を期しています。外国籍の保護者とのコミュニケーションに備え、音声翻訳機も用意しています。

第三者評価結果

A5

A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。

b

【判断基準】

- a) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。
- b) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っていない。
- ア 利用者が職員に話したいことを話せる機会を個別に設けている。
 - イ 利用者の選択・決定と理解のための情報提供や説明を行っている。
 - ウ 利用者の意志決定の支援を適切に行っている。
 - エ 相談内容について、サービス管理責任者等と関係職員による検討と理解・共有を行っている。
 - オ 相談内容をもとに、個別支援計画への反映と支援全体の調整等を行っている。

<コメント>

通園部門では、保護者が話をしたい時、職員に話せる機会は、個別面談、電話、連絡帳、家庭訪問などがあります。年3回の定例の面談のほか、保護者が連絡帳で「話をしたい」と希望する場合には、早朝や、活動終了後の時間帯を利用し面談を行っています。保護者の様子が気になる場合は担任等から声をかけて面談を行うこともあります。また、欠席が続いているケースや、親子通園の日にのみ欠席するケースなどについては、通園の職員とケースワーカーで家庭訪問を行い、保護者の通園への思いを傾聴する機会としています。1～3ヶ月に1回、クラス単位で行う懇談会では、親同士のフリートークの中、子どもの言葉の遅れなど共通の悩みも話されており、園長、担任、主任、アドバイザーなどが同席しています。土曜日の家族参観日に父親懇談会も開催しました。高い専門性を求められる保護者支援については、職員の更なる専門性の向上が課題であるとの認識です。

第三者評価結果

A6

A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。

a

【判断基準】

- a) 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。
- b) 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っているが、十分ではない。
- c) 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っていない。
- ア 個別支援計画にもとづき利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動（支援・メニュー等）の多様化をはかっている。
 - イ 利用者の状況に応じて活動やプログラム等へ参加するための支援を行っている。
 - ウ 利用者の意向にもとづく余暇やレクリエーションが適切に提供されている。
 - エ 文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツに関する情報提供を行っている。
 - オ 地域のさまざまな日中活動の情報提供と必要に応じた利用支援を行っている。
 - カ 個別支援計画の見直し等とあわせて日中活動と支援内容等の検討・見直しを行っている。

<コメント>

各クラスでは個別支援計画に基づき、個々の子どもに応じたプログラムを工夫しています。毎日の個別課題では、1～3つの課題から本人が自由に選び遊べる様に工夫をしています。運動が好きな子ども、制作が好きな子どもなど、子どもによって好みや得意なメニューは様々ですが、苦手なことを1日続けることは困難なため、活動メニューに変化をつけ、午前に苦手な活動を行えば、午後には好きな活動をするなどの工夫をしています。各クラスではクラス担任が個別支援計画を踏まえた集団プログラムを立案しています。コロナ禍においても経験の拡大をねらいとして、夏祭りや運動会など季節の活動も取り入れました。夏祭りは、夏祭り週間を設け、クラスごとに金魚釣りごっこやおみこしづくりをしたり、親子で運動会ごっこをするなど、取組に工夫を凝らしました。保護者にはクラスごとに毎月のおたよりでプログラムのねらいなどを発信しています。

第三者評価結果

A7

A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。

a

【判断基準】

- a) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。
- b) 利用者の障害の状況に応じた支援を行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の障害の状況に応じた支援を行っていない。
- ア 職員は障害に関する専門知識の習得と支援の向上をはかっている。

- イ 利用者の障害による行動や生活の状況などを把握し、職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行っている。
- ウ 利用者の不適応行動などの行動障害に個別的かつ適切な対応を行っている。
- エ 行動障害など個別的な配慮が必要な利用者の支援記録等にもとづき、支援方法の検討・見直しや環境整備等を行っている。
- オ 利用者の障害の状況に応じて利用者間の関係の調整等を必要に応じて行っている。

<コメント>

療育センターの強みを活かした多職種連携の下、個々の発達や障害特性に応じたサービス提供に努め、研修等による専門性の向上を目指しています。市内4ヶ所の地域療育センターの合同研修会ではzoomでの研究発表大会を開催し、各センターの通園、地域支援、外来診療の各部門から職員が参加し、特別支援学校の校長を助言者に迎えました。研究発表では、居宅訪問から通園につなげた保護者支援の事例などが提出されました。今後センター間で職員や主任の交流研修も予定しています。園内研修では全7クラスが毎月順番に主催し、準備に時間をかけず午後の1時間で、てんかんや障害などクラスに応じたテーマを決めて実施しています。園長を助言者とし、クラスを越えたグルーピングで意見交換を行っています。ロールプレイによる研修では職員役、子ども役などを体験し、子ども役からは「職員が声をかけてくれたのがうれしかった」などの感想も聞かれました。

A-2-(2) 日常的な生活支援

第三者評価結果

A8

A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。

a

【判断基準】

- a) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。
 - b) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。
 - c) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っていない。
- ア 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本としておいしく、楽しく食べられるように工夫されている。
 - イ 利用者の心身の状況に応じて食事の提供と支援等を行っている。
 - ウ 利用者の心身の状況に応じて入浴支援や清拭等を行っている。
 - エ 利用者の心身の状況に応じて排せつ支援を行っている。
 - オ 利用者の心身の状況に応じて移動・移乗支援を行っている。

<コメント>

個別支援計画に基づく生活支援を行っています。食事の時間は栄養士が巡回し、子どもの摂食状況を確認しています。年1回、栄養士は嗜好調査を行い、献立に反映させると共に、集計結果を保護者にフィードバックし、子どもが家庭で食べない食品を食べられるようになるきっかけづくりとしたいと考えています。保護者からは偏食等の相談を受け、個々に応じた食事の提供の仕方や、とろみのつけ方などを助言しています。食事は咀嚼・嚥下の発達などの状態に合わせた形態食を提供しており、医師、OT、PTとの連携の下、栄養士、保育士が保護者と相談をして決めています。肢体不自由のある子どもへの支援では、移動や排泄時の手すりの使用や、車いすの使用、送迎時のリフト付きバスの乗降を支援しています。トイレトレーニングについて保護者から相談を受け、排尿の間隔をつかみ時間誘導することや、好きなキャラクターやシールを用いた動機付けの方法などを助言しています。

A-2-(3) 生活環境

第三者評価結果

A9	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a
----	---	---

【判断基準】

- a) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。
- b) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されているが、十分ではない。
- c) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されていない。
- ア 利用者の居室や日中活動の場等は、安心・安全に配慮されている。
 - イ 居室、食堂、浴室、トイレ等は清潔、適温と明るい雰囲気を保っている。
 - ウ 利用者が思い思いに過ごせるよう、また安眠（休息）できるよう生活環境の工夫を行っている。
 - エ 他の利用者に影響を及ぼすような場合、一時的に他の部屋を使用するなどの対応と支援を行っている。
 - オ 生活環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。

<コメント>

センター内は明るく、各クラスの部屋のほか、プール、ホール、兄弟保育室、スヌーズレン室など多様な快適な療育環境が整備されています。スヌーズレン室は、カーテンで遮光した薄暗い部屋に音や光や触覚などを刺激するスヌーズレン専用の装置や道具を配置し、心地よい刺激を受けたり、光や音楽などでリラックスする活動専用の部屋として整備しました。各クラスの部屋は、毎年子どもの状況に合わせてパーテーションの配置の見直しにより広さなどを調整し、活動しやすいように環境を整えています。職員は、子どもが降園後、園内の施錠をしながらチェックリストを用いて安全点検を行い、壊れたおもちゃや破損箇所等の有無などを確認しています。職員は、園内の清潔を保つため、遊具使用ごと・12時・降園後に園内の消毒を行い、事務所では10時、12時、15時、電話使用時に消毒を行うなど、センター全体で清潔を保ち、感染症の防止に努めています。

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

第三者評価結果

A10	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	a
-----	---	---

【判断基準】

- a) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。
- b) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っていない。
- ア 生活動作や行動のなかで、意図的な機能訓練・生活訓練や支援を行っている。
 - イ 利用者が主体的に機能訓練・生活訓練を行えるよう工夫している。
 - ウ 利用者の障害の状況に応じて専門職の助言・指導のもとに機能訓練・生活訓練を行っている。
 - エ 利用者一人ひとりの計画を定め、関係職種が連携して機能訓練・生活訓練を行っている。
 - オ 定期的にモニタリングを行い、機能訓練・生活訓練や支援の検討・見直しを行っている。

<コメント>

事業所には、専門の療育機関として、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理士の有資格者が配属されており、利用者に必要な機能訓練・生活訓練を行っています。通園部門では個々の利用者の障害の状況に応じて、専門職の指導のもと、利用者が主体的に訓練が行えるように工夫しています。具体的には、日常生活に欠かせない食事の際の姿勢や食事の仕方など、その子どもに合った動きができるように支援をしています。「トランジションカード」(事業所では、利用者の次の活動を分かりやすい文字や絵で説明したカードを活用しています)を使用して、子どもが主体的に動けるように支援をしています。定期的なモニタリングと個別支援計画の見直しにより、利用者の変化に応じた適切な支援に努めています。個別支援計画は、定期的な見直しと共に、子どもの変化に応じた随時の見直しも行っています。

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

第三者評価結果

A11

A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。

a

【判断基準】

- a) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。
- b) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の対応等を行っていない。
- ア 入浴、排せつなどの支援のさまざまな場面をつうじて、利用者の健康状態の把握に努めている。
 - イ 医師又は看護師等による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けている。
 - ウ 利用者の障害の状況にあわせた健康の維持・増進のための工夫を行っている。
 - エ 利用者の体調変化等における迅速な対応のための手順、医師・医療機関との連携・対応を適切に行っている。
 - オ 障害者・児の健康管理等について、職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。

<コメント>

事業所には医師や看護師が配属されており、利用者の健康管理について専門的な対応が行われています。看護師は、利用者の登園後等にラウンドして個々の利用者の様子を観察し、体調管理をしています。家庭とは連絡帳の活用や来所時のコミュニケーションにより情報交換をして連携をとるとともに、定期的に「ほけんだより」を発行して健康面での情報提供をしています。年2回の健康診断の際には、必要に応じて同伴の保護者に説明する機会を設けています。利用者の主治医とは、意見書をもとにして適切な健康管理を行うなどの連携をしています。「健康管理マニュアル」を整備しており、標準的な対応について職員間で共有しています。健康管理に関する研修は、入職時研修等の内部研修や医師等からの個別指導により行っています。また、市内4ヶ所の療育センター合同の研修が開催され、適切な健康管理ができるように努めています。

第三者評価結果

A12

A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。

b

【判断基準】

- a) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。
- b) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されているが、十分ではない。
- c) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されていない。
- ア 医療的な支援の実施についての考え方(方針)と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。

- イ 服薬等の管理（内服薬・外用薬等の扱い）を適切かつ確実にやっている。
- ウ 慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については、医師の指示にもとづく適切な支援や対応を行っている。
- エ 介護職員等が実施する医療的ケアは、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法によりやっている。
- オ 医師や看護師の指導・助言のもと、安全管理体制が構築されている。
- カ 医療的な支援に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。

<コメント>

療育の専門機関として、医療的支援の実施についての考え方は、事業計画書の中で明確となっています。個々の医療的支援は、医師による「医療ケア指示書」に基づき、配属されている看護師が実施しています。具体的には適切な服薬の管理やアレルギー疾患のある利用者への対応があります。アレルギー対応としての除去食の提供では、主治医の指示書に基づき、看護師、管理栄養士、委託の給食業者、保育士等が連携しています。また、利用者の障害の状況に応じて個別に適切な食形態にする等の安全管理体制が構築されています。通園部門での通園バスによる送迎時には、医療的ケアが必要な利用者には、個々の利用者に対応した「指示書」が用意され、緊急時の安全管理に備えています。

A-2-(6) 社会参加、学習支援

第三者評価結果

A13	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	a
-----	--	---

【判断基準】

- a) 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。
- b) 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習の為の支援を行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っていない。
 - ア 利用者の希望と意向を把握し、社会参加に資する情報や学習・体験の機会を提供する等、社会参加への支援を行っている。
 - イ 利用者の外出・外泊や友人との交流等について、利用者を尊重して柔軟な対応や支援を行っている。
 - ウ 利用者や家族等の希望と意向を尊重して学習支援を行っている。
 - エ 利用者の社会参加や学習の意欲を高めるための支援と工夫を行っている。

<コメント>

事業所では、利用者や家族が「家庭や地域で安心して過ごすことができるように」支援をしています。事業所内で理美容の支援をする「カットボランティア」は、利用者が地域の理美容院に行くことができるようにするというねらいもあります。事業所内で実施している季節行事の「夏祭り」には、地域の方を招待して交流をしています。また、夏祭りの「お店屋さんごっこ」は利用者の社会参加の訓練になっています。ハロウィンには、衣装を作って着て記念撮影をするなどを通して地域での活動につながるようになっています。今年はコロナで中止になりましたが、毎年交流のある学校の生徒が来所して「わくわくコンサート」を開催しています。定期的に保護者学習会を開催し、利用者の社会参加を保護者と一緒に考える機会にしています。

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

第三者評価結果

A14	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	a
-----	--	---

【判断基準】

- a) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。
- b) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っていない。
- ア 利用者の希望と意向を把握し、地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会を提供している。
 - イ 利用者の社会生活力と地域生活への移行や地域生活の意識を高める支援や工夫を行っている。
 - ウ 地域生活への移行や地域生活について、利用者の意志や希望が尊重されている。
 - エ 地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮や支援を行っている。
 - オ 地域生活への移行や地域生活のための支援について、地域の関係機関等と連携・協力している。

<コメント>

地域生活に必要な社会資源としての訪問看護事業所、児童発達支援事業所、地域みまもり支援センターなどの利用をコーディネートしています。職員は保護者の意向と希望を踏まえて、利用者が通園している保育所、幼稚園を訪問し、情報交換や専門的なアドバイスをする等により、利用者の地域生活への移行を支えています。具体例として、理学療法士が活動しやすい姿勢についてのアドバイス、作業療法士が食形態や介助方法についての専門的なアドバイスをしています。要保護児童対策地域協議会でのカンファレンスに参加し、関係の事業所と意見交換や連携をして利用者の生活を支えています。医療的ケアや配慮が必要な利用者が安心、安全に通園ができるよう、主治医等関係機関と連携をしています。

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

第三者評価結果

A15	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a
-----	--------------------------------------	---

【判断基準】

- a) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。
- b) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っていない。
- ア 家族等との連携・交流にあたっては、利用者の意向を尊重して対応を行っている。
 - イ 利用者の生活状況等について、定期的に家族等への報告を行っている。
 - ウ 利用者の生活や支援について、家族等と意見交換する機会を設けている。
 - エ 利用者の生活や支援に関する家族等からの相談に応じ、必要に応じて助言等の家族支援を行っている。
 - オ 利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールが明確にされ適切に行われている。
 - カ 利用者の生活と支援に関する家族等との連携や家族支援についての工夫を行っている。

<コメント>

個別支援計画の作成に当たっては、家族の意向を尊重して理解を得、支援を行っています。家族とは年2回の個別支援計画作成時とモニタリング時に個別に話をする機会を設け、その他必要に応じて面談するなど家族と連携し、支援をしています。通園部門では、全体の保護者連絡会やクラスごとの懇談会を開き、定期的に報告や意見交換を行っています。利用者の日常生活は連絡帳を活用し、家庭での生活やセンターでの様子を連絡し合い、情報共有しています。保護者からの記載内容によっては、電話連絡をしたり、面談の機会を持つなどきめ細かな支援につなげています。家族支援のための「保護者講座」をセンターの医師、各療法士、心理士、ソーシャルワーカー等の専門職が講師になって開催しています。年6回の定期開催で、子どもの発達支援のための講座となっています。緊急時対応マニュアルや緊急連絡網を整備し、利用者の体調不良や急変時を含め、緊急時に適切に対応できるように備えています。

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援

第三者評価結果

A16

A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。

a

【判断基準】

- a) 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。
- b) 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っているが、十分ではない。
- c) 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っていない。
- ア 子どもの発達過程や適応行動の状況等を踏まえた発達支援（個別支援）を行っている。
- イ 子どもの発達に応じて必要となる基本的日常動作や自立生活を支援するための活動や取組について、個別活動と集団活動等を組み合わせながら実施している。
- ウ 子どもの活動プログラムについてはチームで作成するとともに、子どもの状況に応じた工夫や見直しを行っている。
- エ 子どもと保護者に対し、学校及び保育所や認定こども園、児童発達支援事業所等との情報共有、連携・調整をはかっている。

<コメント>

子どもの発達過程や適応行動等の状況を踏まえた個別支援計画を作成し、個別支援を行っています。通園部門では、子どもの発達状況を捉えながらクラス活動プログラムを作成し、個別活動と集団活動を組み合わせて実施しています。クラスだよりには月ごとのプログラムと活動のねらいを掲載し、保護者との連携、協力のもとで活動しています。プログラムに基づいた活動を担任間で振り返りをして次のプログラムを作成し、常に子どもの発達状況に応じた活動になるようにしています。子どもが通っている学校、保育所、幼稚園等を訪問し、情報共有や連携をして支援をしています。各療法士、心理士、ソーシャルワーカー、保育士は保育所等に訪問して、利用者に適切な対応が取れるように専門的なアドバイスをしています。

A-4 就労支援

A-4-(1) 就労支援

		第三者評価結果
A17	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	評価外

		第三者評価結果
A18	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	評価外

		第三者評価結果
A19	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	評価外

Fields
株式会社フィールズ

株式会社フィールズ
〒251-0024 藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3F
TEL:0466-29-9430 FAX:0466-29-2323
