

福祉サービス第三者評価の結果

平成26年10月23日 提出(評価機関→推進委員会)



1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概況

事業所名称 (施設名)	児童発達支援センターはあと	種別	児童発達支援センター		
代表者氏名 (管理者)	所長 高橋正安	開設年月日	平成25年7月1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人 七峰会	定員	児童発達支援10名 放課後等デイサービス10名	利用人数	児童発達支援10名 放課後等デイサービス10名
所在地	〒036-1321 青森県弘前市大字熊嶋字亀田183-2				
連絡先電話	0172(82)5780	FAX電話	0172(82)5781		
ホームページアドレス	http://www.takushinkan.jp/				

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事			
・児童発達支援	・4月 花見会	・1月 お正月、お正月の遊び		
・放課後等デイサービス	・5月 こどもの日お祝い、母の日 プレゼント制作	・2月 節分、バレンタインチョコ作り ・3月 雛祭り		
・保育所等訪問支援	・6月 父の日のプレゼント制作	・毎月 お誕生会		
	・7月 七夕まつり、ねぶたの制作	・その他		
	・8月 ねぶたの制作	買い物体験、調理実習、体育館		
	・9月 敬老の日のお祝い	遊び、バス・電車乗車体験、パン		
	・10月 親子遠足、落ち葉工作	作り体験、プラネタリウム・プール		
	・12月 クリスマス会、年賀状制作	・水族館利用		
居室概要	居室以外の施設設備の概要			
・訓練指導室(ホール) 1	・静養室 1	・事務室 1		
・遊戯室(プレイルーム) 1	・相談室 1	・屋外遊技場 1		
	・調理室 1			
	・洗面場所 2			
	・シャワー室 1			
職員の配置				
職 種	人 数	職 種	人 数	
管理者	1			
児童発達支援管理責任者	1			
児童指導員	7			
調理員	1			
運転手	2			

2 評価結果総評

◎ 特に評価の高い点

提供するサービスの質を確保するために、職員の質の向上に積極的に取り組んでおり、特に、組織として社会福祉士等の専門資格取得を強く奨励するとともに、資格取得を目指す職員に対し、勤務時間に配慮したり、受験費用を助成したりするなど、取得に向けた環境整備にも取り組んでいます。また、職員一人ひとりについて、研修計画・評価シートを用い、研修に関する個別の課題やニーズを明らかにするとともに、年度のテーマと目標を定めた上で、具体的な研修計画を策定して研修に取り組んでいます。

個別支援計画について、策定の責任者、担当者を置いて、保護者や関係機関等も参加するケース会議において策定しており、利用者が自立した日常生活を営むことができるように必要な支援が具体的に記載されています。また、担当者や関係者によるモニタリング会議において実施状況を評価するとともに、短期・長期の目標や支援内容を確認し、6ヶ月に1回以上は見直しを行っているほか、緊急に変更する必要がある場合は、随時ケース会議を開催して変更するなど、策定や評価・見直しが適切に行われています。

利用者に関する記録について、個別支援計画に基づいて実施したサービス内容をパソコンに入力して記録し、個人情報保護規程に基づいて適切に管理するとともに、利用者の情報が、パソコンネットワークシステムの利用や、週1回全職員が参加して行われるケースカンファレンスで、職員に正確かつ速やかに伝わる仕組みになっています。

◎ 改善が求められる点

理念や基本方針について、職員や保護者等に対する継続的な周知の取組が十分ではありませんので、職員に対し、各種会議や研修等、また保護者等に対し、保護者面談・懇談会の場を活用して説明するなど、継続的に周知する取組が望まれます。

専門的な知識を有する法人監事による監査を実施していますが、外部監査を実施していませんので、法人の外部の専門家による外部監査を実施し、その結果を経営改善に活用することが望まれます。

サービス内容について、これまで定期的な自己評価等が行われていませんが、今回の第三者評価受審にあたって、担当者を置いて評価する体制が整備されましたので、今後は、定期的な自己評価や第三者評価に取り組んでいくことが望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、第三者評価を受審し、当事業所の強みと課題が明確になり、サービス提供体制基盤を見直す指標となりました。評価結果や提言事項について真摯に受け止めながら、より一層地域に密着した事業所として地域のニーズに応えつつ、お子様の育ちとご家族の子育てを応援していけるよう努めたいと思います。

評価機関	名 称	社会福祉法人 弘前市社会福祉協議会
	所 在 地	青森県弘前市大字宮園2丁目8-1
	事業所との契約日	平成25年10月22日
	評価実施期間	平成25年10月22日～平成26年 6月19日
	事業所への 評価結果の報告	平成26年10月 2日

4 評価細目の第三者評価結果

評価細目の第三者評価結果

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織	第三者評価結果	評価結果講評
<p>I-1 理念・基本方針</p> <p>I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。</p> <p>I-1-(1)-① 理念が明文化されている。</p> <p>I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。</p> <p>I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。</p> <p>I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。</p> <p>I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。</p>	<p>a</p> <p>a</p> <p>b</p> <p>b</p>	<p>法人理念が、法人内外に向けての周知を前提として、法人や事業所のパンフレットに明文化されており、利用者尊重の考え方やエンパワメントの理念を踏まえた、わかりやすい内容となっています。また、グループ事業所共通の基本方針、事業所の年度の基本方針を事業計画に明文化しており、その内容は職員の行動規範となる具体的なものになっています。</p> <p>理念や基本方針を、職員に年度初めのグループ事業所全体会議で配布し、説明していますが、継続的な周知の取組が十分ではありませんので、各種会議や研修等の場を活用して継続的に周知することが望まれます。また、保護者等に対しても、利用契約時に理念を記載したパンフレットを配布し、説明していますが、継続的な周知が行われていませんので、保護者面談・懇談会等の場を活用して継続的に周知することが望まれます。</p>
<p>I-2 計画の策定</p> <p>I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</p> <p>I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。</p> <p>I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。</p> <p>I-2-(2) 計画が適切に策定されている。</p> <p>I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。</p> <p>I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。</p>	<p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p>	<p>グループ事業所全体の中・長期計画を策定しており、現状分析に基づく課題等を明確にし、解決に向けたサービス内容や人材育成、財政基盤の強化等の取組を示す具体的な内容になっています。また、長期計画(9年)は、3年ごとの中期計画で構成されており、中期計画の最終年に実施状況を評価・分析し、見直しを行って次期中期計画を策定しています。また、単年度の事業計画には、中・長期計画の内容を反映させ、組織体制や研修、会議、健康・衛生・防災等に関する具体的な事業内容が示されています。</p> <p>事業計画は、職員の合議で策定し、管理者レベルの運営会議で決定するとともに、年度終了時に実施状況の把握及び評価・見直しを行って、次年度の事業計画に反映させています。また、中・長期計画は、各事業所の職員の意見を取り入れて、運営会議で策定しており、年度終了時に実施状況の把握及び評価を行うとともに、中期計画の最終年に見直しを行って、次期中期計画に反映させています。</p> <p>各計画は、職員に対し、年度初めの全体会議で配布し説明しているほか、利用者に対し、個別に必要なところを説明しています。</p>
<p>I-3 管理者の責任とリーダーシップ</p> <p>I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p> <p>I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。</p> <p>I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。</p> <p>I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p> <p>I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。</p> <p>I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。</p>	<p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p>	<p>管理者は、自らの役割と責任を、業務分担表に明示し、職員に所内会議で説明しているほか、広報誌に挨拶文を掲載し、自らの役割と責任について述べています。また、経営に関する研修に参加したり、関係法令集を整備したりして、遵守すべき法令等の把握と理解に努めるとともに、職員に対し、法令等を説明し、遵守を指導しています。</p> <p>サービスの質の向上に向けて、自主点検表で職員が質の現状を評価する体制を構築し、評価結果を取り入れるとともに、年度の事業内容の評価・分析結果、明確になった課題、改善に向けた取組を事業報告に明示して取り組んでいます。</p> <p>経営や業務の効率化と改善に向けて、毎月の運営会議で収支状況や課題等をもとに取組を検討するとともに、取組を職員に会議等で説明し、必要に応じて事業計画に載せて取り組んでいます。</p>

評価対象 II 組織の運営管理	第三者評価結果	評価結果講評
<p>II-1 経営状況の把握</p> <p>II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</p> <p>II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。</p> <p>II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。</p> <p>II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</p>	<p>a</p> <p>a</p> <p>c</p>	<p>社会福祉事業全体の動向について、業界団体への加入、外部研修への参加等で把握するとともに、地域の利用者数や福祉ニーズについて、保育所やこぼの教室、医療機関等からの情報で把握しています。また、把握した情報やニーズを中期計画や年度の事業計画に反映させています。また、管理者が、毎月の利用者数の推移やサービス費用等をもとに経営状況を分析し、課題を明確にするとともに、改善に向けた取組を会議で検討し、事務費削減等に取り組んでいます。</p> <p>専門的な知識を有する法人監事による監査を実施していますが、外部監査を実施していませんので、外部の専門家(公認会計士等の会計に関する専門家、社会福祉事業について学識経験を有する者等)による外部監査を実施し、その結果を経営改善に活用することが望まれます。</p>
<p>II-2 人材の確保・養成</p> <p>II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。</p> <p>II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。</p> <p>II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。</p> <p>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p> <p>II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <p>II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。</p> <p>II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p> <p>II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p> <p>II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。</p> <p>II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。</p> <p>II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。</p> <p>II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。</p> <p>II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。</p>	<p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p> <p>a</p>	<p>必要とする人材を、職員の心得に明示するとともに、法人として社会福祉士等の専門資格の取得を奨励し、有資格職員を増やしていくこと、組織を適切に運営するために必要な人員を、常勤職員として確保することなどのプランを立て、それに基づいた人事管理を実施しています。また、年1回、職員一人ひとりの仕事に関する希望や目標、課題等を、職務調書で把握し、管理者が評価を行っており、職員は、評価が業務や研修等に反映されていることを理解しています。</p> <p>職員の就業に関するデータを毎月チェックするとともに、職員との面接等で就業に関する意向を把握し、その結果を委員会で分析・検討するとともに、必要に応じて改善策を検討し、就業環境の改善に努めています。また、職員の福利厚生について、福利厚生センターへ加入したり、スポーツサークルや職員親睦会など余暇活動の支援をしたりしているほか、健康に配慮して定期的な健康診断、インフルエンザの予防接種等を実施しています。</p> <p>組織が職員に求める基本姿勢や専門技術を、グループ事業所の基本方針に明示するとともに、専門資格について、取得を奨励し、取得のための環境を整備することを、中・長期計画に明示しています。また、職員の研修に関する基本方針や方法を事業計画に明示しています。</p> <p>職員一人ひとりについて、研修計画・評価シートを用いて、研修に関する個別の課題やニーズを明らかにするとともに、年度のテーマと目標を定め、それに基づいた具体的な研修計画を策定しています。また、研修を終了した職員について、作成した報告レポートや発表等によって研修成果を評価・分析するとともに、職員一人ひとりについて、研修に関する年度の自己評価と組織の自己評価を行って、次年度の研修計画に反映させています。</p> <p>実習受入れマニュアルを整備し、受入れの基本方針を明文化するとともに、担当窓口や事前説明、オリエンテーションの実施方法等のほか、利用者への配慮についても詳しく記載しています。また、指導者養成研修を修了した職員が実習を担当しているほか、学校と契約を交わし、責任体制を明確にしています。実習プログラムは、学校や実習生の意向や希望を取り入れ、資格種別毎に配慮した計画的に学べるものを用意するとともに、実習期間中も学校側と継続的な連携を図っています。</p>
<p>II-3 安全管理</p> <p>II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。</p> <p>II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。</p> <p>II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。</p>	<p>a</p> <p>a</p>	<p>利用者の安全確保について、管理者が毎月職員との検討会を設けているほか、災害や事故、感染症等の発生時の役割と責任、対応手順等を明確にしたマニュアルを整備し、職員に周知しています。また、職員に対し、救急法の研修を行っているほか、緊急時に備えて、グループ事業所間の協力体制を築いています。</p> <p>利用者の安全を脅かす事例を収集し、所内会議で発生要因の分析、未然防止策の検討を行っています。また、未然防止策は、利用者に対して説明するとともに、実施状況や実効性を評価し、必要に応じて見直しを行っています。</p>

II-4 地域との交流			「地域の中で暮らし続ける支援」を基本方針の中に位置づけ、活用できる地域の社会資源を収集し、買い物や外食、観光地めぐり、施設見学、公共交通機関の利用、他施設との交流等、多くの社会体験活動を実施しています。また、外出する際は、必要に応じて学生ボランティアの協力が得られる体制を整備しています。
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			障がい児の福祉に関わる研修を実施し、保護者や学校、保育所、地域の方々へ参加を呼びかけているほか、相談支援事業で地域の幅広い相談に応じたり、施設の活動を紹介した広報誌を関係機関に配布したりするなどして、施設が有する機能を地域に提供しています。 ボランティア受入れについて、受入れに関する考え方や受入れ担当者、登録手続き、活動内容、注意事項等を記載した規程を整備し、職員に周知して理解を促すとともに、ボランティアに対して、個人情報保護などの注意事項を事前に説明しています。 学校や保育所、ことばの教室、医療機関、行政機関、障がい児に関わる支援団体、相談支援事業所等、利用者の状況に対応できる関係機関・団体を把握・整理し、所内会議等で職員に説明して共有を図っています。また、保護者、ことばの教室、保育所、相談支援事業所等による連絡会を開催し、ケース検討を行っているほか、自閉症スペクトラムネットに参加し、定期的に課題や事例の検討を行っています。 関係機関・団体との連携や、地域の障がい児の相談支援事業等を通して、福祉ニーズの把握に努めています。また、把握したニーズに基づいて、放課後等デイサービスを中・長期計画に位置づけ、実施に結びつけたほか、保護者のニーズに応じて、保護者懇談会や保護者研修会を事業計画に位置づけて実施しています。
II-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	a	
II-4-(1)-③	ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	a	
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。			
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	a	
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	

評価対象 III 適切な福祉サービス	第三者評価結果	評価結果講評																								
<p>III-1 利用者本位の福祉サービス</p> <p>III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p> <table border="1" data-bbox="245 365 753 524"> <tr> <td data-bbox="245 365 411 443">III-1-(1)-①</td> <td data-bbox="411 365 753 443">利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。</td> <td data-bbox="753 365 922 443">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="245 443 411 524">III-1-(1)-②</td> <td data-bbox="411 443 753 524">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。</td> <td data-bbox="753 443 922 524">a</td> </tr> </table> <p>III-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。</p> <table border="1" data-bbox="245 600 753 759"> <tr> <td data-bbox="245 600 411 678">III-1-(2)-①</td> <td data-bbox="411 600 753 678">利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。</td> <td data-bbox="753 600 922 678">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="245 678 411 759">III-1-(2)-②</td> <td data-bbox="411 678 753 759">利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。</td> <td data-bbox="753 678 922 759">a</td> </tr> </table> <p>III-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p> <table border="1" data-bbox="245 835 753 1070"> <tr> <td data-bbox="245 835 411 913">III-1-(3)-①</td> <td data-bbox="411 835 753 913">利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。</td> <td data-bbox="753 835 922 913">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="245 913 411 992">III-1-(3)-②</td> <td data-bbox="411 913 753 992">苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。</td> <td data-bbox="753 913 922 992">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="245 992 411 1070">III-1-(3)-③</td> <td data-bbox="411 992 753 1070">利用者からの意見等に対して迅速に対応している。</td> <td data-bbox="753 992 922 1070">a</td> </tr> </table>	III-1-(1)-①	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a	III-1-(1)-②	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。	a	III-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a	III-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	III-1-(3)-①	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	III-1-(3)-②	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	III-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a		<p>利用者を尊重したサービス提供について、理念や基本方針に姿勢を明示し、各種マニュアルにも反映させるとともに、職員に対し、利用者尊重や虐待防止に関する研修を実施し、周知徹底しています。また、プライバシー保護マニュアルや排泄介助マニュアルを整備し、利用者のプライバシー保護に関する意識や実務における注意点を盛り込み、職員に周知して理解を促しています。</p> <p>利用者が満足感を感じられるよう支援することを明示し、子どもとの日常会話や、定期的な保護者面談・アンケート調査を通して、利用者満足を把握しています。また、利用者満足に関する担当者を置いて、所内会議で把握した結果を分析・検討するとともに、必要に応じて改善策を検討し、職員間で改善策を共有して利用者満足の向上に取り組んでいます。</p> <p>利用者が相談や意見を述べやすいように、事業所、第三者委員、行政、運営適正化委員会等の相談窓口を重要事項説明書に明示し、利用者に配布し説明しています。また、利用者が相談しやすいように、相談スペースを設けています。</p> <p>苦情受付体制、苦情解決の仕組みを整備し、利用契約書や重要事項説明書に明示し、利用者に配布し説明しています。また、苦情を申出た利用者に対し、苦情の検討内容や改善策を文書で報告するとともに、解決結果を事業報告書等で公表しています。また、利用者からの意見等についても、苦情と同様に、記録し報告する手順を定め、速やかに検討するとともに、必要に応じて改善に結びつけています。</p>			
III-1-(1)-①	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a																								
III-1-(1)-②	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。	a																								
III-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a																								
III-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a																								
III-1-(3)-①	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a																								
III-1-(3)-②	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a																								
III-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a																								
<p>III-2 サービスの質の確保</p> <p>III-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。</p> <table border="1" data-bbox="245 1218 753 1431"> <tr> <td data-bbox="245 1218 411 1296">III-2-(1)-①</td> <td data-bbox="411 1218 753 1296">サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。</td> <td data-bbox="753 1218 922 1296">b</td> </tr> <tr> <td data-bbox="245 1296 411 1375">III-2-(1)-②</td> <td data-bbox="411 1296 753 1375">評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。</td> <td data-bbox="753 1296 922 1375">c</td> </tr> <tr> <td data-bbox="245 1375 411 1431">III-2-(1)-③</td> <td data-bbox="411 1375 753 1431">課題に対する改善策・改善実施計画を立て実施している。</td> <td data-bbox="753 1375 922 1431">c</td> </tr> </table> <p>III-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している</p> <table border="1" data-bbox="245 1507 753 1655"> <tr> <td data-bbox="245 1507 411 1585">III-2-(2)-①</td> <td data-bbox="411 1507 753 1585">提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。</td> <td data-bbox="753 1507 922 1585">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="245 1585 411 1655">III-2-(2)-②</td> <td data-bbox="411 1585 753 1655">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。</td> <td data-bbox="753 1585 922 1655">a</td> </tr> </table> <p>III-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</p> <table border="1" data-bbox="245 1731 753 1942"> <tr> <td data-bbox="245 1731 411 1809">III-2-(3)-①</td> <td data-bbox="411 1731 753 1809">利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。</td> <td data-bbox="753 1731 922 1809">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="245 1809 411 1888">III-2-(3)-②</td> <td data-bbox="411 1809 753 1888">利用者に関する記録の管理体制が確立している。</td> <td data-bbox="753 1809 922 1888">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="245 1888 411 1942">III-2-(3)-③</td> <td data-bbox="411 1888 753 1942">利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。</td> <td data-bbox="753 1888 922 1942">a</td> </tr> </table>	III-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b	III-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	c	III-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善実施計画を立て実施している。	c	III-2-(2)-①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	III-2-(2)-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。	a	III-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	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	III-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a		<p>サービスの内容について、これまで自己評価等、定期的な評価を実施していませんが、今回の第三者評価受審にあたって、担当者を置いて、評価する体制整備に取り組んでいます。今後、定期的な自己評価や第三者評価の受審に取り組み、評価結果を職員参画のもとで分析・検討し、課題を明確にするとともに、課題に対する改善策を立て実施し、サービスの質の向上に取り組んでいくことが望まれます。</p> <p>個々のサービスについて、各種マニュアルを整備し、職員に所内会議や内部研修で周知するとともに、それに基づいたサービスを提供しており、マニュアルには、必要に応じて利用者尊重やプライバシー保護の姿勢を明示しています。また、各種マニュアルは、実践を踏まえて所内会議で検証を行うとともに、職員の意見を取り入れて、必要に応じて見直しを行っています。</p> <p>利用者一人ひとりの個別支援計画に基づくサービスの実施状況について、パソコンに入力して記録しており、記録内容にばらつきが生じないように、入力の方法を工夫しています。</p> <p>個人情報保護規程を定めて、記録管理の責任者、記録の保管・保存・廃棄、利用者から情報の開示を求められた場合の対応等を規定しています。また、個人情報保護と情報開示について、研修等で職員に周知しています。</p> <p>利用者の状況等に関する情報について、パソコンネットワークを利用し、職員間で共有するとともに、週1回全職員が参加して行われるケースカンファレンスの場でも情報を共有しています。</p>
III-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b																								
III-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	c																								
III-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善実施計画を立て実施している。	c																								
III-2-(2)-①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a																								
III-2-(2)-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。	a																								
III-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a																								
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																								
III-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a																								

Ⅲ-3 サービスの開始・継続			<p>利用希望者に対し、理念や実施する福祉サービスの内容について、写真やイラストを使ってわかりやすく紹介したパンフレットを作成し、行政窓口や医療機関、保育所等に置いているほか、施設の見学に随時対応し、情報提供に努めています。また、サービス開始時に、利用者等に対し、管理責任者がサービス内容や利用料等を詳しく記載した契約書や重要事項説明書、パンフレットを用意し、その記載内容に沿って説明するとともに、説明に対する同意を得て書面に残し、必ず契約書を取り交わしています。</p> <p>他の施設への移行にあたり、利用者の状況等を記載した引継文書を定めて、サービスの継続性に配慮しているほか、サービス終了後も、利用者や保護者の相談に応じていることを説明しています。</p>
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(1)-①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定			<p>利用者のアセスメントについて、組織が定める統一の様式を用い、利用開始時に行うとともに、6ヶ月ごとの見直し、利用者の状況変化に応じた随時の見直しを行っています。また、アセスメントによって、利用者一人ひとりの希望する生活や課題を明示し、個別のサービス場面での適切な支援内容を検討しています。</p> <p>利用者一人ひとりの個別支援計画は、策定の責任者、担当者を置いて原案を作成し、それをもとに保護者や関係機関等が参加するケース会議で策定するとともに、利用者や保護者に説明し、同意を得ています。また、毎月実施状況を把握・評価し、少なくとも6ヶ月に1回は見直しを行うとともに、緊急に変更する必要がある場合は、随時ケース会議を開催して変更しています。さらに、短期・長期の目標について、担当職員及び関係者によるモニタリング会議で実施状況を評価し、目標の見直しを行っています。見直しによって変更した個別支援計画は、パソコンネットワークを使って職員間で共有しています。</p>
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。			
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	
Ⅲ-4-(1)-②	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a	
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。			
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	a	
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	

福祉サービス内容評価		第三者評価結果	評価結果講評
A-1 利用者の尊重			利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援は、必要に応じて個別支援計画に載せて実行しており、意思伝達に制限のある人の場合、絵カードなどの視覚に訴えるコミュニケーション手段を用いたり、コミュニケーションの取れる人を受入れたりしています。
A-1-(1) 利用者の尊重			利用者の主体的な活動を支援する職員を置いて、集団活動や自由遊び、外出行事等の場面では、利用者の意向を尊重しながら側面的に支援しています。また、他の施設との交流や、体育施設の利用を通して、施設外の人と交流できるように便宜を図っています。
A-1-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a	利用者の自力で行う日常生活上の行為は、見守りの姿勢を保ち、必要に応じて迅速に支援することを職員間で確認し、支援の必要性についての判断は、あらかじめ保護者等と話し合って決められているほか、利用者が日常生活における基本的な動作を身につけることができるように、職員の対応を常に検討しています。
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	a	利用者のエンパワメントの理念に基づき、交通機関利用、外食利用、買い物、調理等の学習プログラムを用意するとともに、水族館や図書館等の施設利用、ボウリングやカラオケ等の体験機会を設けるなど、社会資源を活用した多くの活動が行われています。
A-1-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為意に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a	
A-1-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	a	
A-2 日常生活支援			食事サービスについて、個別支援計画に利用者一人ひとりの状況にあわせた支援内容を明示し、食事介助マニュアルを用意しています。また、利用者の体調に応じて食材を替えるなど、個別の食事を用意しています。
A-2-(1) 食事			定期的に嗜好調査を実施し、利用者の好みを把握するとともに、給食会議や所内会議で食事サービスの検討を行っており、適温の食事、季節感があって目でも楽しめる献立・食材の提供などに取り組んでいます。また、保護者に月単位の献立表を配布し、献立や食材について情報を提供しています。
A-2-(1)-①	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a	喫食環境について、給食会議や所内会議で検討し、必要に応じて改善するとともに、食事の時間帯について、利用者一人ひとりのペースに合わせるようにしています。
A-2-(1)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a	排泄介助について、トイレトレーニング等の支援に関わる内容を個別支援計画に記載するとともに、マニュアルを用意して行っています。また、排泄や介助の結果を、個別のチェックリストに記録するとともに、おむつ交換の状況等を、連絡帳で保護者に伝えています。また、トイレ環境について、所内会議で検討を行って改善しており、トイレは、プライバシーに配慮した構造で、冷暖房を設備しているほか、換気や防臭対策、毎日の清掃が行われ、清潔で快適になっています。
A-2-(1)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	衣類の汚れに気づいたときの対応は、着替え用に保管している衣類に着替えさせ、汚れた衣類を保管して、保護者に渡すようにしています。
A-2-(2) 入浴			昼寝の時は、物音がしないように気をつけるとともに、快適な室温に注意しています。また、寝つきがよくない場合は、職員が寄り添ったり、抱っこしたりしているほか、一時的に他の部屋を利用できるようにしています。
A-2-(2)-①	入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	—	日常の健康管理について、連絡帳のやり取りで健康状態を把握・記録するとともに、健康管理マニュアルを用意して取り組んでいます。また、協力医が来所して、利用者や保護者の健康相談に応じたり、健康面の説明を行ったりしているほか、健康の維持・増進のために、散歩やサーキットトレーニングなどの運動を取り入れています。
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	—	健康面に不調があった場合の対応手順を整備するとともに、必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられるように、協力医療機関を確保し、日常的に連携を図っています。
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場の環境は適切である。	—	薬の扱いについて、保護者から薬依頼書を受けて薬の適切な情報を得るとともに、薬物管理マニュアルを用意して行っており、マニュアルには、薬物の誤使用があった時の対応についても記載されています。
A-2-(3) 排泄			余暇・レクリエーションについて、利用者の意向を聞いて把握するとともに、地域の情報を提供し、積極的に社会資源を活用しており、必要に応じてボランティアを受入れています。
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	a	預かり金については管理していないものの、利用者の金銭管理能力を高めるために、買い物の学習プログラムを用意しています。
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	a	
A-2-(4) 衣服			
A-2-(4)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	—	
A-2-(4)-②	衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a	
A-2-(5) 理容・美容			
A-2-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	—	
A-2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	—	

A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	a
A-2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-①	日常の健康管理は適切である。	a
A-2-(7)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
A-2-(7)-③	内服薬・外用薬の扱いは確実に行われている。	a
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	a
A-2-(9) 外出・外泊		
A-2-(9)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	—
A-2-(9)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	—
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A-2-(10)-①	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a
A-2-(10)-②	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	—
A-2-(10)-③	嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	—

