

福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

①第三者評価機関情報

評価機関名： 社会福祉法人 鳥取県社会福祉協議会
訪問調査実施期間： 平成23年10月12日（水）

②事業者情報

名称： 鳥取県立中部療育園	種別： 肢体不自由児通園施設 児童デイサービス事業
代表者氏名： 園長 井口 純一	定員（利用人数）： 肢体不自由児通園施設 20名（16名） 児童デイサービス事業 20名（12名）
所在地： 倉吉市南昭和町15	TEL 0858-22-7192

③総 評

◇特に評価の高い点

平成15年に県立肢体不自由児施設として事業開始以来、児童デイサービスや外来診療などを加え、中部の療育拠点としての役割が期待されている施設です。
職員は、医師、保育士、児童指導員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など専門的な立場で連携し、一丸となりチームアプローチが進められています。
また、障がいのある児童への支援は、本人はもとより家庭への支援が重要であるという姿勢から、施設での取り組みを家庭での日常生活に取り入れていただけるよう積極的な保護者支援の取り組みが行われています。

◇改善を求められる点

県立施設としての役割、地域の特性や課題を明確にした上で、その課題解決に向け、施設としての段階的な取り組みを示した中・長期計画の策定、及び具体的な事業計画の策定を期待します。
利用者のプライバシー保護に関する規程、マニュアル等は作成されていません。食事介助や排泄支援など具体的な日々のサービス場面において、利用者のプライバシーを保護し、利用者の尊厳を守るために取り組むべき項目を整理したマニュアルを作成されるよう期待します。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今後は、改善点を考慮して、ご期待に添えますよう努力していきたいと思っています。
ありがとうございました。

⑤各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり

福祉サービス第三者評価結果

※すべての評価項目（53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

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a・b・c	県立施設としての経営理念とともに、園の基本理念および理念に基づいた基本方針が明文化され、「パンフレット」、「ご利用のしおり」、「ホームページ」に掲載されています。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a・b・c	
Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a・b・c	理念、基本方針が書かれた「パンフレット」を作成し、職員が常に確認できる状態となっています。また、理念、基本方針を踏まえた運営方針が作成されており、パソコン上のネットワークを利用し、いつでも確認できる状態となっていますが、周知の状況については個々の職員の意識に任せられています。職員研修の際に周知を促すなど積極的な取り組みを期待します。 保護者については、施設の利用にあたっての相談時や契約時に、「パンフレット」「ご利用のしおり」を使って保護者に説明をされていますが、理解促進に向けた継続的な取り組みとなるよう、更なる周知が求められます。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a・b・c	

Ⅰ-2 事業計画の策定

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a・b・c	運営方針に基づき、組織ミッションが策定されており、ミッションの実現に向け、中・長期計画（4ヵ年）および当年度の事業計画を含めたミッション工程表が作成されていますが、目標を達成するための方法が具体化されていません。 県立施設としての役割、地域の特性や課題を明確にした上で、その課題解決に向け、施設としての段階的な取り組みを示した中・長期計画の策定、及び具体的な事業計画の策定が求められます。
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。	a・b・c	
Ⅰ-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a・b・c	ミッション工程表の策定は、鳥取県の示す仕組みにより、職員の共通理解のもと、次長を中心に策定されることとなっていますが、今年度は、管理職、職員の異動等の要因により、この仕組みが十分に機能していません。工程表が職員参画のもとで行われるよう策定手順の徹底が求められます。 作成されたミッション工程表は、職員に対してはパソコン上のネットワークを使い周知が図られていますが、十分な理解を促すための取り組みを期待します。 また、職員以外でも鳥取県のホームページからミッション工程表を閲覧することは可能ですが、利用者等への周知として、説明会の開催や利用者向けの資料の作成などの取り組みが求められます。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a・b・c	
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a・b・c	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

評価項目	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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。	(a)・b・c	事務分担表が作成され、職員に周知するとともに、管理者は、業務に関する留意点や行政組織(国・県)の動向等を朝のミーティングで職員に伝えています。 管理者は、行政からの通知および会議等への出席により、法令の理解、把握に努め、職員に周知しています。 また、関連法令等の資料はデータ化され、パソコン上で職員が常時確認できるよう整備されています。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	(a)・b・c	
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。	a・(b)・c	「施設のあり方検討会」を開催し、全職員参画のもとサービスの質の向上を目指し検討されています。中部圏域におけるニーズに応えられるような事業展開に向け、管理者としての指導力が発揮されることを期待します。 経営や業務の効率化に向け具体的な目標数値を設定し、目標達成に向けた取り組みが行われています。
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。	(a)・b・c	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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。	(a)・b・c	県営施設の役割として、中部圏域の肢体不自由児施設として地域ニーズに応える事業を実施されています。 県の予算要求にあわせ、経営状況の点検が行われ、コスト削減、業務の効率化に向けた改善が図られています。 外部監査は実施されていません。
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。	(a)・b・c	
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a・b・(c)	

Ⅱ-2 人材の確保・養成

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
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。	(a)・b・c	必要な人材や人員体制については、専門職の配置基準に沿って配置され、ミッション工程表に明示されています。 県人事関係諸規定に基づき、人事考課が行われています。
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。	(a)・b・c	

II-2-2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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。	(a) b・c	有給休暇の取得状況、時間外労働の実態は、県庁担当課で一括管理されており、必要に応じて改善に向けた指導を受けるシステムとなっています。職員の希望により、短時間勤務やフレックスタイム勤務が可能な制度もあり、働きやすい環境づくりに配慮されています。 また、年に2回、管理者との面談が実施されており、職員の就業に関する意向の聞き取りが行われています。 福祉厚生事業については、県庁福利厚生室により実施されており、メンタルヘルス相談や健康診断等が行われています。
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。	(a) b・c	
II-2-3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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。	(a) b・c	基本方針およびミッション工程表に職員の専門性および技術の向上に対する基本姿勢を明示しており、研修や研究発表に参加し研鑽を積むことが奨励されています。 個別の職員に対しては「身上報告書」と「キャリアシート」から成る「キャリアビジョン」により面談が行われ、職員の育成に向け、管理職と職員の意志の疎通が図られています。 限られた職員配置ではありますが、職員のキャリア向上のため、研修に参加しやすい環境づくりに向けた取り組みが必要です。 実際の取り組みの状況について年に2回、評価・見直しが行われています。研修成果を評価・分析した結果が、次年度の研修計画に反映され、継続的な研修計画となるよう組織的な取り組みが求められます。
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。	a・(b)・c	
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。	a・(b)・c	
II-2-4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-4-1) 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	(a) b・c	実習生の受け入れは、県の受入手順に沿って実施されています。受け入れマニュアルを作成し、連絡窓口、事前説明を行う担当者を配置し、学校と協定を結んだ上で、受け入れが行われています。 実習にあたっては、学校側と事前協議を行い、全日程終了後には事後の話し合いが行われています。

II-3 安全管理

評価項目	第三者評価結果	コメント
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。		
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。	(a) b・c	緊急時のマニュアルについては、自然災害や火災などの災害対策、事故対策、感染症など個々のマニュアルが作成され、これらを機能させるための「基本マニュアル」が整備されています。 利用者の安全確保の取り組みとして、避難訓練および救命救急講習が保護者を交えて年1~2回実施されています。また、日頃から病院との連携が図られ、利用者の急変に対応する仕組みも確保されています。
II-3-1-2) 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	(a) b・c	
II-3-1-3) 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。	(a) b・c	

II-4 地域との交流と連携（肢体不自由児通園施設）

評価項目	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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) b・c	夏休み等、学校が長期休暇となる期間に合わせて施設行事を開催し、近隣保育所や在宅障がい児・者との交流が図られています。また、苦情解決第三者委員を地域の方へお願いするなど、地域とのかかわりを大切にされています。 職員は、専門的な立場から、公民館で開催される子育てセミナーや保育士向けの講習会に講師として派遣され、障がいの理解促進に向けた取り組みが行われています。 ボランティア受け入れマニュアルを整備し、体制が整えられており、行事等の開催時にボランティアの受け入れが行われています。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	(a) b・c	
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) b・c	
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) b・c	保育所、行政の関係機関、病院等、必要な社会資源を把握し、関係機関一覧表としてリスト化され、職員間で共有されています。 保護者、保育所、保健師等の関係機関を交えて、一人の利用者に対して年2回の個別支援会議「子育て検討会」が実施されており、保育所への通園や就学に向け、関係機関との連携が図られています。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	(a) b・c	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	(a) b・c	施設内の地域療育担当支援員を中心に、中部圏域の福祉ニーズの動向把握に努められています。 また、県発達クリニックや県立厚生病院医師等からの紹介情報を通じて、地域のニーズ把握がなされています。 地域のニーズに基づき、地域生活支援事業の一環として、障がいに応じた療育相談の展開や児童デイサービス事業が実施されています。中部で唯一の療育拠点として、更に地域ニーズに基づく事業が積極的に進められることを期待します。
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・(b)・c	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス（肢体不自由児通園施設）

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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持つための取り組みを行っている。	(a) b・c	利用者を尊重する姿勢が理念に明示されています。また、人権研修が年3回実施されていますが、業務体制の問題等で参加できない職員のために、同一内容の研修を2回実施するなどの工夫がされ、職員が共通の理解のもとサービスが提供できるよう取り組まれています。 利用者のプライバシー保護に関する規程、マニュアル等は作成されていません。食事介助や排泄支援など具体的な日々のサービス提供場面において、利用者のプライバシーを保護し、利用者の尊厳を守るために取り組むべき項目を整理したマニュアルを作成されるよう期待します。
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・b (c)	
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	(a) b・c	年2回、保護者との意見交換会を開催するとともに、年1回保護者へのアンケートを実施し、利用者ニーズの把握がなされています。意見交換会やアンケートの結果は、全職員で原因分析し、その結果を意見交換会で報告するなど、サービス改善に向けた取り組みが行われています。

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。		
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)・b・c	日常的に様々な意見が述べやすいよう丁寧な接遇に心がけるとともに、意見箱の設置や保護者との意見交換会、アンケートの実施など定期的な取り組みも行われています。また、保護者からの要望により、月に1回保護者同士の情報交換会が開催されており、職員も参加することで、保護者の悩みや思いを聞き取る場となっています。苦情解決第三者委員が設置され、苦情等解決対策マニュアルが整備されています。今年度の意見交換会には、第三者委員も出席し、保護者との活発な意見交換、地域の情報提供が行われています。利用者の意見や希望については、その日のミーティングで報告し、職員への周知を図り、管理職も含めた協議の結果、対応を利用者に伝えています。
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)・b・c	
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)・b・c	

Ⅲ-2 サービスの質の確保（肢体不自由児通園施設）

評価項目	第三者評価結果	コメント
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。		
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。	(a)・b・c	毎回のサービス提供後に職員ミーティングを行い、内容を点検し、サービスの質の向上のための課題が整理されています。また、重要な事項については、その都度検討会が開催され、改善に向けた話し合いが行われています。改善計画については、職員で話し合った内容を集約し、事業報告書に相当する工程表の中で、中間評価と最終評価の2回評価を実施し、取り組むべき課題が明確にされています。
Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実行している。	(a)・b・c	
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。		
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・(b)・c	利用者と職員の関わり等、サービスの実施内容については、「ご利用のしおり」に記載され、職員はもとより利用者にも周知が図られていますが、具体的な実施方法についての記載は十分とはいえません。標準的なサービス実施方法の文書化は、職員が共通の認識を持って業務にあたり、安全性を含めて一定水準のサービスが提供されることにつながります。現在は、送迎マニュアルが作成されていますが、その他のサービスについても、どのようなマニュアルが必要かを点検し、作成していく必要があります。また、毎年度末には、次年度の実施方法について、全職員で話し合い、必要に応じて見直しも行われていますが、よりよいサービス提供に向け、個々のサービスについて点検し、定期的な見直しを行うことが求められます。
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・(b)・c	
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
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)・b・c	利用者一人ひとりのサービス実施状況は、フェイスシートや個別支援計画、診療カルテとともに、個人ごとに一つのファイルにまとめ、利用者に関する情報を総合的に把握できるようにされています。利用者に関する記録は、保管、保存、廃棄等に関する県の管理規定に従い管理され、鍵のかかるキャビネットに保管されています。利用者の状況については、職員ミーティングにより職員間で共有を図るほか、ミーティングの記録はパソコン上のネットワークで随時確認が可能となっています。
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)・b・c	
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)・b・c	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続（肢体不自由児通園施設）

評価項目	第三者評価結果	コメント
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)・b・c	パンフレット、ちらし、ホームページを作成し、施設を紹介するため広報が行われています。また、パンフレットについては、行政窓口、病院、保育所等に配布し、周知が図られています。 施設見学や利用体験についても、希望に対応できるよう体制が整えられています。 サービスの開始にあたっては、担当者を決め、手順書に沿って入園のしおりを使って説明を行い、保護者の同意を得たうえでサービスが開始されています。
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)・b・c	
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)・b・c	移行に際しては、移行支援会議を開催し、スムーズに移行できるよう配慮され、外来診療の際などを利用し、サービス終了後の保護者の相談にも適宜対応されています。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定（肢体不自由児通園施設）

評価項目	第三者評価結果	コメント
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)・b・c	定められた手順に従って、利用児童の身体状況等についてアセスメントが行われています。 また、アセスメントに基づき、ニーズを踏まえた課題を文書化し、職員と保護者で情報共有が図られています。
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)・b・c	個別支援計画の作成にあたっては、「子育て検討会」の開催により、関係機関も交えた意見交換を踏まえながら、目標の達成状況について6カ月に1回評価を行い、必要に応じて見直しが行われています。
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)・b・c	

II-4 地域との交流と連携（児童デイサービス事業）

評価項目	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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) b・c	事業内容及び実施頻度等の理由から、利用者と地域住民との交流行事は行われていませんが、施設が主催する行事を通じて、近隣保育所や肢体不自由児通園児童、その他在宅障がい児等との交流が図られています。 構音障がい児を対象としたデイサービスが実施されており、その特性を活かして、地域の保育所など関係機関の職員に向けて、言葉や発達に障がいのある幼児との関わり方の研修会を開催するほか、保育所・幼稚園などの相談に応じ、支援や助言が行われています。 児童デイサービス事業としてのボランティア受入れに対する基本姿勢は、明示されていません。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	(a) b・c	
II-4-(1)-③ ボランティア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。	a・b (c)	
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) b・c	保育所、行政の関係機関、病院等、必要な社会資源を把握し、関係機関一覧表としてリスト化され、職員間で共有されています。 また、学校や保育所が主催する「支援者会議」に参加し、関係機関との連携が図られています。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	(a) b・c	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	(a) b・c	施設内の地域療育担当支援員を中心に、中部圏域の福祉ニーズの動向把握に努められています。 また、地域のニーズに基づき、児童デイサービス事業単独の支援ではなく、外来診療、地域療育支援事業を含めた事業展開となるよう意識されています。 中部で唯一の療育拠点として、更に地域ニーズに基づく事業が積極的に行われることを期待します。
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・(b)・c	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス（児童デイサービス事業）

評価項目	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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持つための取組を行っている。	(a) b・c	利用者を尊重する姿勢が理念に明示されています。また、人権研修が年3回実施されていますが、業務体制の問題等で参加できない職員のために同一内容の研修を2回実施するなどの工夫がされ、職員が共通の理解のもとサービスが提供できるよう取り組まれています。 利用者のプライバシー保護に関する規程、マニュアル等は作成されていません。食事介助や排泄支援など具体的な日々のサービス提供場面において、利用者のプライバシーを保護し、利用者の尊厳を守るために取り組むべき項目を整理したマニュアルを作成されるよう期待します。
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・b (c)	
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	(a) b・c	年1回の保護者アンケートの実施や、個別支援計画作成時の保護者からの聞き取り等により、利用者の満足度やニーズの把握が行われています。また、保護者からの意見は、全職員で共有し、原因分析を行い、サービスの改善につなげています。

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。		
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)・b・c	<p>日常的に様々な意見が述べやすいよう丁寧な接遇に心がけるとともに、意見箱の設置やアンケートの実施など定期的な取り組みも行われています。</p> <p>苦情解決第三者委員が設置され、苦情等解決対策マニュアルが整備されています。ポスター等で案内がなされていますが、利用者への周知に向け積極的な取り組みを期待します。</p> <p>利用者の意見や希望については、その日のミーティングで報告、職員への周知を図り、管理職も含めた協議の結果、対応を利用者に伝えています。</p>
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・(b)・c	
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)・b・c	

Ⅲ-2 サービスの質の確保（児童デイサービス事業）

評価項目	第三者評価結果	コメント
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。		
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。	a・(b)・c	<p>毎回のサービス提供後に職員ミーティングを行い、内容の点検が行われ、サービスの質の向上のための課題が整理されています。また、重要な事項については、その都度検討会が開催され、改善に向けた話し合いが行われていますが、定期的な評価となることを期待します。</p> <p>また、評価により見えてきた課題を明確にし、全職員共通認識のもと、定期的に改善計画書を作成するなど、計画的な評価・見直しに向けた取り組みが求められます。</p>
Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実行している。	a・(b)・c	
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。		
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・(b)・c	<p>サービスの実施内容については、「パンフレット」や「おたより」に記載され、職員はもとより利用者にも周知が図られていますが、具体的な実施方法についての記載は十分とはいえません。標準的なサービス実施方法の文書化は、職員が共通の認識を持って業務にあたり、安全性を含めて一定水準のサービスが提供されることにつながるため、サービス提供場面に応じて標準的な実施方法の文書化が求められます。</p> <p>また、毎年度末には、次年度の実施方法について、全職員で話し合い、必要に応じて見直しも行われていますが、よりよいサービス提供に向け、個々のサービスについて点検し、定期的な見直しを行うことが求められます。</p>
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・(b)・c	
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
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)・b・c	<p>利用者一人ひとりのサービス実施状況は、フェイスシートや個別支援計画、診療カルテとともに、個人ごとに一つのファイルにまとめ、利用者に関する情報を総合的に把握できるようにされています。</p> <p>利用者に関する記録は、保管、保存、廃棄等に関する県の管理規定に従い管理され、鍵のかかるキャビネットに保管されています。</p> <p>利用者の状況については、職員ミーティングにより職員間で共有を図るほか、ミーティングの記録はパソコン上のネットワークで随時確認が可能となっています。</p>
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)・b・c	
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)・b・c	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続（児童デイサービス事業）

評価項目	第三者評価結果	コメント
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)・b・c	パンフレット、チラシ、ホームページを作成し、施設を紹介するため広報が行われています。また、パンフレットについては、行政窓口、病院、保育所等に配布し、周知が図られています。 施設見学や利用体験についても、希望に対応できるよう体制が整えられています。 サービスの開始にあたっては、担当者を決め、手順書に沿って入園のしおりを使って説明を行い、保護者の同意を得たうえでサービスが開始されています。
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)・b・c	
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)・b・c	サービス終了後の保護者の相談に適宜対応し、必要に応じて外来診療の受診につなげています。サービス終了後の相談体制について、希望に応じて対応できるよう整備されています。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定（児童デイサービス事業）

評価項目	第三者評価結果	コメント
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)・b・c	定められた手順に従い、利用児童の身体状況等についてアセスメントが行われています。 また、アセスメントに基づき、ニーズを踏まえた課題を文書化し、職員と保護者で情報共有が図られています。
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)・b・c	個別支援計画の作成にあたっては、目標の達成状況について6カ月に1回評価を行い、必要に応じて見直しが行われています。
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)・b・c	

福祉サービス第三者評価結果 (付加基準—障害者・児施設版—)

※すべての評価項目（26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。

A-1 利用者の尊重

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-1-（1）利用者の尊重		
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。	Ⓐ・b・c	代替コミュニケーションツールとして、スイッチやカード、写真等を準備し、児童の状態に応じて使用方法を伝え、要求や選択等に活かせるよう支援されています。また、代替コミュニケーションツールだけでなく、児童からの表出（表情や態度）を利用した要求行動の定着等にも取り組まれています。 療育園での取り組みを家庭での日常生活の中に取り入れてもらえるよう、支援方法を保護者に丁寧に説明するとともに、保護者の主体性を尊重し、またそれを促すよう支援されています。 また、保護者が児童の状況を対外的に説明するための材料とできるよう、児童の特徴を記載した「サポートブック」づくりを積極的に推進されています。
A-1-（1）-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	Ⓐ・b・c	
A-1-（1）-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	Ⓐ・b・c	
A-1-（1）-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	Ⓐ・b・c	

A-2 日常生活支援

評価項目	第三者評価結果	コメント
A-2-（1）食事		
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。	Ⓐ・b・c	利用者一人ひとりの状態に応じた食事が提供されています。また、家庭での食事を考慮し、保護者に対しても、適切な食事介助の方法について分かりやすく伝え、実践できるよう心掛けられています。 利用者の嗜好の反映、盛り付けや食器等への配慮については、調理が近隣施設で行われ運搬されているため、十分に対応することが難しい現状ではありますが、味付けや食事時間について、利用者の希望をできる限り伝え、少しでも改善できるよう取り組まれています。
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。	Ⓐ・b・c	
A-2-（1）-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	Ⓐ・b・c	

A-2-(2) 入浴		
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。	a・b・c	
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・b・c	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・-・c	
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	Ⓐ・-・c	利用者の排泄支援に必要な環境が整えられており、適切な排泄支援が行われています。必要に応じてトイレトレーニングのための保護者支援も行われています。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	Ⓐ・-・c	
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・b・c	
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・b・c	
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・b・c	
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・-・c	
A-2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a・-・c	
2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	Ⓐ・-・c	小児科医師と看護師が児童および保護者と関わり、活動中の児童の様子に注意を払うとともに、保護者から児童の様子を聞き取り、心身の健康状態の把握がなされています。 必要に応じて、医師が診察するほか、近隣の県立病院と連携し、緊急時には受診ができるよう日頃から体制が整えられています。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	Ⓐ・-・c	
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a・-・c	

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。	Ⓐ・b・c	アンケートの実施により、保護者の希望に沿うよう行事が企画・実施されています。
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・b・c	
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・b・c	
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・b・c	
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・-・c	
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。	a・-・c	