

(別紙)

## 評価細目の第三者評価結果 (共通)

※すべての評価細目(55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

	第三者評価結果
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
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
<p>・『私たちは、利用者中心主義の福祉を貫きます。』『私たちは、福祉の街づくりの中核を担います。』等五つの基本理念が、事業計画書・パンフレット等に記載されている。</p> <p>・平成21年度の法人の基本方針、『あすなろ』の運営方針が作成され、利用者中心主義、地域社会・関係機関との連携等具体的な目標が掲げられていた。県立施設からの民間委譲2年目であり、地元の施設として意識的に活動してきた結果、地域の教育機関との関わりが深まってきたこと等、基本方針が着実に実行されている。</p>	
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
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
<p>・理念・方針を記載した『事業計画書』は全職員に配布され、運営会議や職員会議等で内容の説明を受けている。以前と比べて、子どもたちから『何かをやりたい』という声がよく聞こえるようになってきたとのことであるが、これは子どもの話を傾聴する等、利用者中心主義(理念方針のひとつである)を実践した結果の表れである。</p> <p>・パンフレットの最初のページに理念・方針が掲載され、保護者会の場合等で内容を説明している。子どもへは、文書や資料での理念・方針の説明は難しく、日常生活や行事の際等に言葉や行動等で伝えている。</p>	

## I-2 計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		第三者評価結果
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている。	a (c)
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)・c
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-①	計画の策定が組織的に行われている。	(a)・b・c
I-2-(2)-②	計画が職員や利用者に周知されている。	(a) b・c
<p>・事業計画書には、理念方針を実現するための単年度の努力目標が掲げられている。子どもの将来の自立を目指し、作業療法や心理の専門分野に長けた職員を拡充しているが、そのレベルアップをはかるために、ある分野に年間の課題を設定し、研究誌を作成していく等具体的な目標が設定されていた。</p> <p>評価基準では、中長期の計画の策定が求められている。理念方針や単年度の事業計画は明確であり、さらに、民間委譲後2年で中長期の課題も明確になってきたことなので、3～5年後の中長期の計画（実施するサービスの内容、設備の整備、人材育成等）を策定することが、理念方針の実現に重要だと思われる。</p> <p>・コスモス棟では、『余暇が充実するよう、自分で工夫ができるようにする』等、3つの年間目標を掲げている。年間目標は、個別の支援計画書に反映され、例えば、定額給付金を活用し、小遣い帳をつけ、担当と計画的な買い物ができるよう話し合いをする等具体的に設定され、3～6ヶ月毎にモニタリングを行い、計画の評価が行なわれている。</p>		

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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	
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。	(a) b・c	
<p>・民間委譲後日が浅いこと、その結果新人職員が多いこと等、運営環境は厳しいと思われるが、『問題が発生したときには施設長が前面に立って対応している。』『施設が明るくなった』という職員からの聞き取り結果等から、職員と施設長や管理者との信頼関係が十分であることを確認できた。</p> <p>・外部研修や勉強会に積極的に参加し、職員会議で服務規律を読み合わせる、朝会で新聞記事のコピーを配布し注意を促す等、関係する法令・規範の遵守について周知している。</p>		
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	
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	
<p>・職員は年度終了後『業務引継書』を作成している。これは、次年度の担当や部署変更に伴う業務の引継ぎがスムーズに行なえるということだけではなく、①職員が自分の仕事で、よく出来たこと、やり残したことを記録することにより年間を通して振り返り、②上司が部下の活動を把握し、課題を把握するための材料として活用されている。</p> <p>・『学校や関係機関からの情報をもれなく伝達する方法を見つける』等の目標を全職員が個別に設定し、それが実現できたかどうか自己評価を行なうという『業務の自己評価』を実施している。業務の自己評価は、施設長に提出され、年度末に施設長と個別面談が行なわれている。この個人面談は、職員にねぎらいの言葉をかけたり、個人的な悩み等を聞ける場としても重要である。</p>		

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
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
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
<p>・知的障害児施設が児童福祉に基づくサービスであるのか、障害者福祉に基づくサービスであるのか、また自立支援法の行方等、外部の研修や新聞、書籍等で、運営に直接関係する最新情報を入手している。</p> <p>・最近の職員会議で、①水光熱費（水道代）、②コピー機の使用料が高くなっていると議題があがり、子どもに支障がない範囲でのプール遊びの見直しや浴槽の水の張り方、カラーとモノクロのコピーの使い分け等について話し合われ、効果が表れたとのことである。また、職員の収支に関する自覚を促すために、PC上で収支状況が確認できるようにしている。</p> <p>・定期的に公認会計士の監査を受けている。危機管理の仕組みを整備するよう指摘され、マニュアルを整備したとのことである。</p>		

## II-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
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
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
<p>・様々な障害のある子どもの発達支援には、専門職の配置が重要であると考え、作業療法や心理面の専門家を積極的に採用しており、ほとんどの職員が有資格者である。今後は、職員の総合的なレベルアップを図るために、研究誌を編纂することも企画されている。</p> <p>・組織は、指導班（学校や関係機関との連携、専門職による支援）と保育班（日常生活支援）に分かれており、業務分担を明確にし、組織的な支援がおこなわれている。</p> <p>・法人全体で人事評価制度が実施され、チーフ以上の上司が部下を評価し、賞与等にも反映されている。評価結果は施設長から、『あなたの〇〇が伸びた』等フィードバックも行なわれている。</p>		

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	第三者評価結果
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
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a (b)・c
<p>・残業時間、有給の消化率等については、副園長が定期的にチェックしている。例えば、残業時間が増加傾向にあるときは、運営会議の議題に上がる等、組織的な改善事例も確認できた。現在、長期休職者もある等、職員個々の事情にも配慮されている。</p> <p>・ソウェルクラブに加入しているが、正規職員のみでの加入で全職員の1/3ということであった。職員処遇充実を図るための取組が評価項目であるので、まずは職員の希望を聴取することをおすすめします。</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。	第三者評価結果
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
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
<p>・事業計画書には、①職員の総合的なスキルアップをはかること、②成長発達期にある子どもに対する支援・指導を研究的に取り組む研究誌等を作成して、指導・支援力の強化に努めること、③研修の年間計画、が明記されている。外部研修にも積極的に参加しており、教育・研修に力をいれている組織であることがわかった。</p> <p>・研修の計画書は作成されているが、職員一人ひとりについての計画書までは作成されていなかった。例えば、『あすなる』では『業務の自己評価』を作成し、全職員が業務の目標を設定しているが、目標を達成するための手段として、読書、内部・外部研修への参加等、職員個人に成長するための研修計画を作成させ、上司がサポートする仕組みを検討することも改善活動の一つであると思われる。</p> <p>・外部研修参加後は、研修報告書を作成し、受講内容を上司に報告している。また、定期的に職員伝達研修報告会を開催し、内部へのフィードバックに努めている。評価基準では、研修受講後の報告書や発表、研修後の業務によって、研修成果に関する評価・分析を行なうこと、その結果を次年度の研修計画に反映したり、研修プログラムの見直しにつなげることを求めている。 ハードルは高いと思われるが、ぜひ今後取り組んでいただきたい項目です。</p>	

Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		第三者評価結果
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。		(a) b・c
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。		(a) b・c
<p>・法人では、年間を通して、ほぼ毎月実習生を受け入れており、事業計画書に年間の実習生受入計画が明記されている。実習生担当者が決められており、実習の計画表も整備されている。</p>		

### Ⅱ-3 安全管理

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。		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など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
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。		a (b) c
<p>・障害のある子どもの施設であり、所在不明、ケガ、体調急変時、パニック発生時等、が大きいリスクであり、各々のリスクに対応したマニュアルが整備されている。直近では、所在不明の2件のヒヤリハット事例があり、その際の対応の記録が詳細に残され、対応の反省やマニュアルの改定等が行なわれていた。</p> <p>・事故報告書だけでなく、ヒヤリハットも記録として保管され、事故の防止活動に積極的である。例えば、ヒヤリハットの事例を時間や利用者、障害の特性等で集計し、事故がおこりやすい時間、場所、特性等、発生要因を組織的に分析し、未然防止策の検討を行うことも重要だと思われる。</p>		

## II-4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
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
II-4-(1)-②	施設（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
<p>・紅葉祭、夏祭り等のイベントの際は地域の方を招待し、また、地域の行事の際に、あすなろ太鼓・ダンス等に参加している。ヴィファーレン長崎の選手との交流や、ソフトボールチームの活動等スポーツを通じた地域交流にも積極的である。</p> <p>・ショートステイ、日中一時支援、児童デイサービス等を法人で行っており、相談の件数も増加してきている。ホームページを作成し、行事の際に参加者にパンフレットを配布する等、地域への情報発信も行っている。評価基準では、障害者や福祉を理解するための研修会や、在宅障害者への支援についての後援会等の実施が求められているが、専門職の職員が多いので、その取組も期待される。</p> <p>・ボランティア受入規程が整備され、基本方針や登録手続き、注意事項等が文書化されている。ボランティア参加者には、活動に当たって、子供の行動特性や留意事項を個人情報に配慮しながら説明し、同意の署名押印を求めている。サッカー、ダンス、整髪等、ボランティア活動は、子どもも楽しみにしているようなので、ボランティア育成に向けての活動（ホームページでの紹介等）も期待される。</p>		



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
Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	(a)・b・c
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
<p>・養護学校と毎月1回連絡会を開催し、翌月の学校行事の説明（準備物等）や学校での様子、施設での様子を話し合い情報を共有している。毎月行なうことで先生との連携が強まっており、その他の学校等でも進めていきたいとのことである。各学校との連絡は指導班を通して行い、情報の伝達に漏れがないか確認している。</p> <p>・小学校の先生が見学に来られ作業療法を見学し、OTから支援方法の助言を受ける、学校の指導計画書と施設の支援計画書を相互の確認する等、結びつきが深くなってきている。</p>	
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	(a)・b・c
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
<p>・入所施設だけではなく、ショートステイ、児童デイサービス、日中一時支援事業等複数の事業を運営しているので、今後は障害児支援の地域拠点としての役割を担えるよう発展していきたいとのことである。特に、療育に力をいれていくために、保育士の勉強会の研修場所を提供する等、その取組が始まっている。評価基準では、地域拠点となるには、地域の民生委員や児童委員等関係機関との連携が求められています、定期的な情報交換会の開催等をご検討ください。</p>	

## 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

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	第三者評価結果
<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。</p>	<p>(a)・b・c</p>
<p>・法人の基本理念に『私たちは、利用者中心主義の福祉を貫きます』と宣言され、事業計画書、パンフレット、施設内の掲示等職員がいつも意識できる仕組みである。今回15名以上の職員に聞き取り調査をおこなったが、『子どもの話を傾聴している』『個人の要求（将棋をしたい等）を時間がゆるすかぎり聞いてあげる』等の声を聞き、利用者中心主義が浸透してきてきていると感じた。</p>	
<p>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。</p>	<p>(a)・b・c</p>
<p>・プライバシーポリシーが文書化されホームページにも掲載されている。部屋のドアに窓が設置されているが、カーテンやフィルムを張る等プライバシーへの配慮がうかがえた。</p> <p>・2人部屋、4人部屋が基本であり、現状個室化や一人になりたいときのスペース確保は難しいと思われるが、保護者室や会議室等を活用して対応していた。また、事前の下見の際、個人のスペースの確保等について指摘したところ、室内の渡り廊下を活用して、机やテーブル、マット等を置き、勉強したり自由な時間を静かに過ごす部屋を実験的作ってみる等対応の素早さに感心させられた。</p>	
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。	第三者評価結果
<p>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。</p>	<p>(a)・b・c</p>
<p>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。</p>	<p>(a)・b・c</p>
<p>・①サービス内容全般に関して、②食事に関してのアンケートが実施され、利用者の満足度が把握されていた。</p> <p>・児童会が開催されており、職員も出席し、議事録が残されている。年長者の棟では、学休日前日は、就寝時間を23時（以前は21時）にしてほしいという要望があり、夏休み以降実施中である。要望事項は全てに対応できないので、出来ない場合なぜできないのか理由まで説明するように職員に伝えている。</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。	第三者評価結果
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
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
<p>・保護者室が個室として設けてあり、相談や意見をいいやすい場を設けている。重要事項説明書には、苦情相談窓口、電話番号、第三者委員の連絡先等を明記し、いつでも相談に応じる旨説明し、理解されているとのことである。保護者からは、電話での相談事例が多く、担当者ではなく、管理者が相談を受けるよう心がけている。</p> <p>評価基準では、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べること、意思疎通の状況に応じて支援体制があることをわかりやすく説明した文書を作成し、その文書を配布したり、掲示することが求められている。仕組みは十分機能していると思うので、上記基準への対応を期待します。</p> <p>・苦情対応の記録は様式を整備しているが、記録として残すべき苦情はなかったとのことである。本人や家族の思い込みや行き違い等で施設に不満を感じるケースはあり、解決の経過及び結果が個人の記録に残されていた。</p> <p>・利用者からの日常の意見や要望は、対応できたもの、できなかったものも含め、日誌に記録されている。その日誌は上司が確認し、その後の対応について助言している。</p> <p>評価基準では、利用者からの苦情のみならず、意見や提案から組織の改善課題を発見し、サービスの質を向上させていくための手順を文書化するよう求めています。これは、意見や要望を職員が個別対応するのではなく、組織的に対応する仕組みを明記することで、より多くの意見や要望が利用者や家族から聞き取れるようにするためです。今後の対応が期待されます。</p>	

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
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
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。		a・b・(c)
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。		a・b・(c)
<p>・今回、全職員をグループ分けして自己評価を行い、そのグループの1名から聞き取りを行ない第三者評価を実施した。第三者評価は、今後の改善のスタートだととらえ、評価結果の分析を行い、課題を抽出し、改善策を実施するという仕組みを定着することが重要です。</p>		
Ⅲ-2-(2) 個々の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
Ⅲ-2-(2)-① 個々の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
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
<p>・日課表が整備され、出勤者のシフト毎にその日の業務が明記され効率的な業務が実施できるよう工夫されている。①薬の飲ませ忘れのヒヤリハットが発生したことで、与薬マニュアルを整備、②所在不明児が発生したことで、搜索手順マニュアルを整備されていた。</p> <p>全てのサービスを標準化することは難しいし、また不必要であると思われるが、外部の研修会へ積極的に参加したり、施設内で看護師主催の勉強会を実施する等、テキストは豊富にあるので、標準化できる業務を定め、一定のサービス水準を保った上で、子どもの特性や個性に応じたサービスの個別化が重要だと思われる。</p> <p>・与薬マニュアル等、業務マニュアルは必要に応じ、見直ししているということであった。サービスの提供方法は、そのときの利用者の特性や職員のレベルによって少しずつ変化すると思われるので、少なくとも年に1回程度検証し必要な見直しを行なうことが求められています。</p>		

Ⅲ-2-(3) 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
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
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
<p>・子どもの記録は、支援計画書の努力目標にそった支援ができているかという視点で適切に記録されていた。月末には、毎月のまとめを記載し、努力目標についての達成度や気づきを記載していた。わかりやすく、簡潔に主観がはまらないよう記録するよう指導しており、過去1年間でレベルが向上してきたとのことである。</p> <p>・子どもの記録は指導班室に保管している。指導班室から持ち出す場合は、持ち出し表に記録するようルール化されている。記録の保管年限、開示のルールは契約書に定めており、求めがあれば保護者へも開示する方針であるが、開示を求められたことはないとのことである。</p> <p>・申送りやケース会議等を通じ、情報の共有に努めている。また、利用者の記録はパソコンで管理され、個人の記録はもとより、学校との連絡を記載した日誌、看護記録、現在服薬している薬剤の情報等が個人毎にいつでも閲覧できるようになっている。</p>	

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
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
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
<p>・ホームページが開設され、理念方針や日課表、イラストや写真等で施設をわかりやすく紹介している。施設見学は、副園長が窓口となり随時受け付けている。施設の体験利用は、ショートステイを紹介している。</p> <p>・契約児童の場合は、契約書・重要事項説明書を説明し、同意の署名・押印を得てから入所している。重要事項説明書には、サービス内容や利用料等も明記されている。利用者の保護者の判断力能力に問題がある場合は、第三者の立会いを求める場合もある。</p>		
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
<p>・他施設へ移行する場合は、引継ぎ担当者を選任し、ADLの状況や服薬、その子の特性等を個人情報に配慮しながら書面と口頭で説明し、子どもがとまどわないよう配慮している。『いつでも電話をかけておいで』とやさしく声をかけてあげ、子どもの不安を取り除く配慮を行なっている。今後、卒園する子どもが増えてくれば、卒園児の会等を発足したいとのことであった、実現が望まれます。</p>		

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
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
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)・b・c
<p>・定められた様式に基づいて、入所時に利用者のアセスメントが行なわれており、記録が残されていた。アセスメント時点との状況の変化は、担当者等が日常的に観察し、個人の記録等に記録されている。子どもの状況は、環境の変化も含め、毎年変わっていると思われます。評価基準では、定期的なアセスメントの見直しについて、組織としての手順が定められているかが求められており、今後の対応が期待されます。</p> <p>・支援計画書には、子どもの個々の状況に応じ、①家族の意向、②援助の全体目標が記載され、援助の全体目標を達成するための努力目標とそのための具体的なサービス内容が計画されており、個人の記録に支援の経過が明確に記録されていた。</p>		
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
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
<p>・個別支援計画書は、担当者がチーフや主任の助言を得ながら作成し、施設長まで確認する仕組みである。利用者個々の特性を考慮して計画書が作成されているが、専門職を豊富に配置した施設の特徴を生かし、例えばサービス実施計画書を作成する際に、部門を横断した関係職員の合議、場合によっては、子どもや家族の参加等、より個人の特性を考慮した計画書の作成も検討材料のひとつであると思われる。</p> <p>・個別支援計画書は、利用者の状況等を考慮し、3～6ヶ月に一度モニタリングを行い、目標の達成度の評価を行ない、今後の課題を明らかにした上で、次回の個別支援計画書の作成につなげている。モニタリングの結果は、施設長まで確認する仕組みとなっている。評価基準では、上記同様、モニタリングにおいても、必要に応じ、部門を横断した多職種での評価が求められており、今後の対応が期待されます。</p>		