

### 長崎県福祉サービス第三評価結果報告

①第三者評価機関名

有限会社 医療福祉評価センター
-----------------

②事業者情報

名称：放課後等デイサービスくれよん	種別：放課後等デイサービス
代表者氏名：濱野 哲夫	定員（利用人数）： 10 名
所在地：長崎県西彼杵郡長与町丸田郷 351 番地 1 TEL：095-883-3811	

\*施設・事業所情報は、事業所プロフィール参照

③施設・事業所の特徴的な取組

事業所のハードの面において、利用者が個々の目的に応じた取組みを広い敷地の中で行うことができていた。また利用者の安全への配慮を意識して、危険なガラス窓をアルミ製の窓に交換したり、主に感染症予防の目的で冬場でも手洗いを容易にできるよう、洗面所からお湯が出るようにしていた。

一方、ソフトの面においては、利用者の特性を理解した取組みが随所にみられた。具体的には、利用者を支援する職員の動き方を時系列にかつ詳細にまとめてあり、そこには役割分担も明確化されていた。また、利用者に関する書類の整備が充実しており、一日のスケジュールから月間スケジュールによる計画的な活動を行ったり、利用者の支援内容を一覧にして把握できるようにするなど工夫がなされていた。

ボランティアの受け入れ姿勢について、行事などの場合は時間等の制約を設けることもあるようだが、普段は決まった日や決まった時間に活動をするというスタンスではなく、いつでも自由に受け入れる方針であった。この体制が持続的な受け入れをできている要因となって、地域の住民や地域の学生の社会参加の場となっていた。

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 27 年 9 月 8 日（契約日） ～ 平成 27 年 12 月 1 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（平成 年度）

## ⑤総評

### ◇特に評価の高い点

#### 【利用者本位の取組み】

ハード面において利用する子供たちの視点に立ち、安心かつ安全な時間を過ごせるようにガラス窓をアルミ素材に変えたり、今まで暗かった箇所に電球をつけたり、洗面所からお湯が出るようにしたりするなど配慮が伺えた。

#### 【地域に根差したボランティアの活用】

普段の放課後等デイサービスにおいても、夏祭りなど事業所の大きな行事の時にも、地域住民や近隣の学生を活かしたボランティアが、職員と一体となって利用者に関わる姿がさまざまな活動記録や写真から伺えた。またボランティアはいつ何時に来るという定期的なものではなく、ボランティアの自主性を尊重して、いつでもどこでも来てもいいように制約は設けない仕組みになっており、このスタンスがあることで、それぞれのボランティアが長い期間活動を継続できている一つの要因となっていた。

#### 【業務に関する詳細な文書作成】

利用者のデイリースケジュールや月間の予定表・職員分担表・くれよん業務内容等サービス提供に関する詳細な書類の作成が成されており、非常勤職員や新入職員も把握しやすいものとなっている。また、利用者のアセスメントにもとづく意向や、日々の個人記録をもとにたてられた個別支援計画の目標が一覧になっている。

個別支援目標一覧は、利用者一人一人のニーズや課題を抽出し、目標が明確になるように工夫されており、職員への周知も図りやすいものとなっている。

#### 【障がい特性に対してのコミュニケーションツール】

利用者がわかりやすいように、その日の勤務職員やタイムテーブルをホワイトボードに掲示するなど、利用者の障がい特性に合った視覚支援ツールを使っている取組がある。絵カード・ハンドモーション等でコミュニケーションを円滑に図れるように工夫している。

### ◇改善を求められる点

#### 【理念の周知】

法人や事業所の理念の文言や内容まで現場まで浸透していない状況を確認した。入社時に説明があることは確認できたが、周知にあたり入社後も定期的に振り返る機会を設ける等今後の工夫を期待する。

#### 【マニュアル作成】

日々の業務で行っている、手洗いうがい励行・消毒剤による清掃・感染症対策等の衛生管理、苦情相談や意見に対して迅速かつ適切に解決が図られる仕組みの構築、自然災害の際の保護者や学校等関係機関との連絡体制を構築するためのマニュアルがなかった。事業運営の質の向上のためにも職員が同じようなサービスで実施できるよう、マニュアルの作成を期待する。

⑥第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価機関による初めての評価を受けました。客観的な視点から法人運営、事業運営について、考える良い機会になりました。高い評価を頂いた項目では自信につながり、ご指摘頂いた項目からは改善点を学ぶことができました。日頃考える事の少ない長期的な視点での考察も今後、重要性を増します。困難な作業に従事頂いた有限会社 医療福祉評価センター様には感謝申し上げます。

⑦第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

⑧利用者調査及び書面調査の概要

(別紙)

## 第三評価結果

※すべての評価細目（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。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

## 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・周知されている。		
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。	②・b・c
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会福祉法人の社会的使命については法的にも規定されており、それは2015年長与町社会福祉協議会要覧にて確認ができた。</li> <li>・理念の実現に向けて社員教育は1年に1回内部研修実施しており、周知するための取組みは定期的実践されている。但し、長与町社会福祉協議会に所属する職員全てにおいて周知できているかという点、まだまだこれから取り組む課題はあるようなので、今後徹底に期待したい。</li> <li>・利用者や家族への周知について、法人全体的な部分においては要覧などを通じて実践できている。また事業所の方針については、重要事項説明書の説明の際に文章を通じて実行できていた。</li> </ul>		

## Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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・④・c
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会福祉協議会全体の計画については、地域福祉計画書によって確認ができた。また担当の職員が、町の高齢者や障がい者、次世代育成等の計画に策定委員として参画しているため、状況の把握という点ではリアルタイムな情報を得ている。但し、関係法令等が定期的に改定される性格上、踏み込んで分析まで至っていない状況であった。</li> <li>・現在も実践されていると考えられるが、今一度長与町の特徴や最近の人口推移、変化の兆候などに着目して、環境の分析を行うことができるよう検討していくことを期待する。</li> </ul>		

3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・収支の分析については月次報告書で確認できている。ここで報告されたことを毎月または四半期、半期、年度単位で分析して数字の追及は実践できている。但し、ここで抽出された課題について十分な分析まで至っておらず、今後次のステップとして、具体的な取り組みに落とし込み、実践につながることを期待する。</p>		

### I-3 事業計画の策定

		第三者評価 結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・長与町地域福祉計画及び長与町地域福祉活動計画において、大枠の計画は明確に提示されている。内容として事業計画と収支計画の両面を確認できるものであるが、具体的な数値や成果などを分析するには、もう一步利用者数の把握などシュミレーションする必要がある。今後、より具体的な数値目標の設定を期待する。</p>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・中・長期の計画に基づき事業計画書が策定されていることは長与町地域福祉計画及び長与町地域福祉活動計画により確認できた。今後、事業内容の更なる具体性や評価しやすい計画とするために数値目標化するなど、より実現可能な計画を期待する。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>・内容については長与町地域福祉計画及び長与町地域福祉活動計画を中心に確認できた。また年に3~4回開催されている理事会にて進捗状況等は報告されており、この内容は議事録に記してある。今後、法人に属する職員の今以上の参画と十分な理解を得られるような取り組みを期待する。</p>		

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。	a・b・c
<コメント> ・事業内容の説明については、大卒において地域住民に対し自治会や老人会で実施できている。説明の際の内容については数字や言葉だけではなく視覚に訴えるものも活用してわかりやすい資料作りにおいては工夫を認めた。今後、放課後等デイサービスの利用者や家族に特化した周知の徹底を期待する。		

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
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。		
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・b・c
<コメント> ・質の向上という視点での取り組みについては、上部だけで決定及び遂行する趣旨のものではなく、法人に属する一人でも多くの職員の理解と参画が望まれる。今後、自己評価の実施などを通じてサービスの質の向上を目指す取り組みを組織的かつ計画的に実践することを期待する。		
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。	a・b・c
<コメント> ・課長、係長会議で抽出された現状の課題については、職責のある職員間で共有できる仕組みはできている。今後、サービスの質の向上に向けた計画の策定後、実践の過程でさまざまな課題がより顕在化すると考えられる。定期的なモニタリングを通じて改善案を出すことや、軌道修正を行うなど柔軟な対応ができるような姿勢が望まれる。		

## 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

		第三者評価結果
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。	a・b・c
<コメント> ・社会福祉協議会が母体ということで、組織体系はしっかりと構築されており、職員職務分担表や役割分担表にて明記してあることを確認した。また、管理者の役割については運営規定に明確化されており、平常時ばかりではなく管理者が不在の場合や緊急対応時等の方針についても聞き取りの中から確認できた。		

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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は適正な事業運営を遂行するため、必要な資格を取得したり、経営と運営に関する社内外の研修に参加していることを復命書により確認した。また、社会福祉協議会が母体であるという特性上、多種多様な法令を周知する環境にあるため、管理者ばかりではなく職員もさまざまな情報について知り得る機会が多い状況であった。また、消防関連や交通法規、衛生に関する遵守については、職員の研修計画の一部に盛り込まれていた。</li> </ul>		
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もち、その取組に指導力を発揮している。	a・㉠・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の現状については、定期的開催される課長、係長会議にて報告を行い、報告内容の全てとは言えないが、評価や分析の対象となっている。管理者は実際に事業所で起きていることを申し送りノートなど活用して情報収集し、優先順位をつけながら質の向上に努めていた。今後、職員の資質向上に向けた具体的な取組みの構築を期待する。</li> </ul>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a・㉠・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の経営現状については、定期的開催される課長、係長会議にて、適宜、報告相談している状況であった。経営面については指定基準に定められた定員を意識しながら利用者の調整を図ったり、その支援を行う職員の員数についても、安全を担保できるだけの配置がなされていた。現在は状況を判断しながら対応している状況であるため、今後、より指導力が高まるような職員の人材育成を期待する。</li> </ul>		

## Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
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な計画が確立し、取組が実施されている。	a・b・㉠
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現行、福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画は方針として定めているが、計画書としては存在しないということであった。昨今、人材育成に力を注ぐ事業所は増加傾向にあり、職員育成がしっかりしている事業所は利用者への処遇内容も高く、伴って経営も安定化してくる傾向にあると言われる。今後、単体での計画というよりは、他の計画とも連動して人事管理に関する計画の策定を期待する。</li> </ul>		

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人が期待する職員像については服務心得に記されており、昇級昇進や職能に応じた基準については就業規則に明記されていた。毎年1～2月に実施する評価票などを活用しながら、一定の基準のもと公平に評価する仕組みを確認した。今後、いわゆるトータル人事マネジメントの考え方にに基づき、今以上の有能な職員の定着が図れることを期待する。</li> </ul>		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在、職員の定着率は比較的良好ということであった。</li> <li>・職員の勤務体系など、それぞれのライフスタイルに応じた対応がなされていたり、雇用形態によっては年に1回面接を行い、あらゆる面で相談できる環境が整っていた。また、職員の就業状況については総務と役割分担していた。</li> <li>・法人として健康診断の実施や、職員互助会の発足など働きやすい環境作りに配慮しており、今後、このような取り組みを計画に落とし込んで実践していくことを期待する。</li> </ul>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人が期待する職員像については服務心得に記されており、その方向に向けた取組みは方針としてあるが、計画として具体的な取組みが今後必要な分野と言える。特に法人や事業所の理念や年度目標などの大きな指針に基づき、職員一人一人の目標を定め、PDCAサイクルに合わせた取組みを期待したい。</li> </ul>		
18	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修費貸付規定というものがあり、職員が取得したい資格に係る費用を貸し付ける制度がある。</li> <li>・教育、研修に関する計画は資料の中から確認でき、職員は年度毎の研修計画に基づいてさまざまな研修に参加している状況であった。今後、可能であれば職員個人の研修目標と法人や事業所の研修目標がリンクするような仕組みを作り、より充実した教育体系が構築されることを期待する。</li> </ul>		

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。	a・b・c
<コメント> ・外部研修参加の際は有休を活用するなどして参加しやすい環境を整えていた。  ・法人全体の研修計画は充実している。近年、障がい者福祉の未経験者が中途入職する機会が増加しているため、今後、成熟度に応じた研修内容の検討や、業務標準化の目的でOJTを充実させることを期待する。		
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。	a・b・c
<コメント> ・社会福祉士取得のため毎年4名ほど学生が実習に訪れている。実習生を指導できるように法人職員の一部は講習を受けており教育できる体制は整っている。  ・指導マニュアルについては実習指導書にて内容を確認できた。  ・その他、法人は学校の先生が就任して5年、また10年経過したのちの実習先となったり、教職免許を取得する前の実習先にもなっていた。		

### II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a・b・c
<コメント> ・ホームページには法人の理念が公開されいつでも閲覧が可能であった。  ・年に6回配布されている社会福祉協議会の広報誌にて、事業計画や事業報告など公開されている。  ・苦情に関しては、苦情解決第三者委員会実施要綱第5条に基づき、苦情委員会にて審議されている。		
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。	a・b・c
<コメント> ・外部に属する税理士等による会計チェックが実施されている。事務や経理に関する職務分掌は経理規定にて確認できた。また、係長級までは会議等で事務や経理に関する取り組みが周知できる仕組みが組織的に構築されている。		

## II-4 地域との交流、地域貢献

		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。		
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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域との関わりについては、長与町地域福祉計画や長与町地域福祉活動計画にて基本方針を確認した。社会福祉協議会が母体ということで、情報収集が比較的行きやすく、住民が本部に掲示物を持ってきたりする等、情報が一方通行ではないところに強みを感じた。</li> <li>・地域ボランティアについて、町内の多くの団体や個人がボランティア登録してさまざまな活動をしたり、町内独自の福祉員制度というものを利用して社会貢献できる仕組みが構築してある。現在は100名ほどの住民が登録をしていて、声かけ見守りなどを行っている。担当の方からこのような制度を活用しなくても、それぞれの地域において、自然に助け合う関係が共助の精神に則って、多く見受けるといった言葉が印象的であった。</li> <li>・ボランティアに関する情報は広報誌などを通じて情報を得ることができる。</li> </ul>		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティアの活用については、社会福祉協議会が母体ということで基本姿勢の明確化から、書類の整備まで確認することができた。</li> <li>・ボランティアから受け入れに相談があり、実際に活動するまでの一連の流れはボランティアの概要と変遷という文章にて確認できた。</li> <li>・総合学習支援の一環として町の学校に出向き、ボランティアの授業を受け持ったり、専門性の高いボランティアにはポイント制を導入するなど、ボランティアの募集にあたりさまざまな工夫が確認できた。</li> </ul>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会福祉協議会が母体ということで、さまざまな情報が集まりやすい環境にあり、長与町社会福祉協議会要覧にて対応できる情報を集約してあることが確認できた。</li> <li>・長与町役場との連携も図れており、障がい者分野のみならず、児童や介護分野、また生活困窮者においても情報を共有できる体制が法人の特性上構築されていた。</li> </ul>		

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域住民との交流に関して、本部や事業所どちらのスペースを問わず、主に住民に有益な公共の福祉に関する色々な資料を置いたり、ボランティアを受け入れる環境を整え人が集まりやすい状況であることを確認した。</li> <li>・地域に還元するという視点においては、公民館活動への支援や、社会教育分野への協力、老人福祉センターの運営など、障がい分野以外にも多岐に渡って実践していることを確認した。</li> <li>・今後、平時の時ばかりではなく、災害時など有事の際の地域貢献に関する役割の構築を期待したい。</li> </ul>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・公益的な事業や活動の実践については、社会福祉協議会が実施母体であるという特性上、一定の分野だけではなく多岐に渡り確認ができた。この活動においても地域福祉計画や地域福祉活動計画に基づいて計画的に実践されていた。</li> <li>・特に地域の実情に詳しい民生委員や児童委員との交流は大切にしており、毎月の定例会に足を運んで情報交換する機会を設けていた。このように住民の生の声を聴くことが、地域のニーズとなり事業へと発展するため、今後も地域住民との関わりを大切にしていきたいという担当の方の言葉が印象的であった。</li> </ul>		

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

		第三者評価 結果
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。	a・㉞・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「利用者が地域社会で安定した生活が送れるように児童、家族を支援することを目的とします。」と理念は掲げられているが、職員への周知が図られていない。</li> <li>・母体である長与町社会福祉協議会の就業規則に「倫理要綱」は、策定されているが、職員への取組までには、至っていない。理念の周知と共に今後の課題である。</li> <li>・業務内容の手順書や個人記録の中に、利用者の発達過程や特性を理解し、自己選択や自己決定を促す支援が記録されている。</li> <li>・月に1回非常勤職員も参加する定例研修会を行い、利用者の情報共有を図っている。</li> <li>・6か月に1回（3月、9月）担当者がモニタリングにて、意向の確認を行いサービスの向上に努めている。</li> </ul>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・㉞・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報保護の同意書をプライバシー保護の規定として、使用する目的・条件・期間・配布資料への情報開示等を契約時に説明し、利用者へ同意をとっている。</li> <li>・虐待防止やプライバシー保護のマニュアルは整備されてはいないが、日々の業務の中で職員に、言葉の暴力に留意し、適切な言葉使いをするよう指導を行っている。</li> <li>・利用者の年齢層が小学生から高校生までいる為に着脱の場所を分けたり、クールダウンできる場の提供を行っている。</li> <li>・常勤と非常勤職員に分けた放課後等デイサービスくれよんの業務内容をマニュアルとし、放課後預かり・1日預かりと出勤から退勤までの手順が詳細に記され、それをもとに福祉サービスが実施されている。</li> <li>・不適切な事案の対応方法は、明記されていない。</li> </ul>		

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。		
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。	a・㉞・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年4回～5回発行しているくれよん通信や、社会福祉協議会の広報誌社協だよりぬくもりを福祉センターの玄関に置き、誰でも手に取れるようにしている。</li> <li>・活字も大きく写真入りにてわかりやすい冊子となっている。</li> <li>・くれよんは長与町在住の方のみの利用となるが、見学・体験の希望者には丁寧に対応している。</li> <li>・情報提供に対する適宜の見直しは、実施されていない。</li> </ul>		
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。	a・㉞・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者や保護者の満足感・安心感を高める為、提供する支援の内容を保護者と共に考える姿勢を持ち、サービス開始時には、契約書や重要事項説明書にて丁寧な説明を常に心掛け、同意を得ている。</li> <li>・わかりやすく理解してもらう為に、利用者や保護者の気持ちに寄り添い、積極的なコミュニケーションを図っている。</li> <li>・意思決定が困難な利用者への配慮についてのルール化は、なされていない。</li> </ul>		
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。	a・㉞・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・変更や移行に伴い利用者の意向を尊重し、相談支援事業所や行政との連携を図っている。サービス担当者会議に於いて計画の変更等を検討し、利用者の最善の利益に努めている。</li> <li>・サービス終了後の窓口の設置は、管理者を中心に児童発達支援管理責任者や保育士が行っているが、引継ぎ文書等の定めはない。</li> </ul>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アンケートは行事の前や、案件が発生した時に不定期に行っている。</li> <li>・保護者との面談は、管理者と児童発達支援管理責任者・保育士とで個別支援計画書の作成時や利用者の学年が変わる時に事前調査票をもとに行っている。</li> <li>・利用者会や家族会はないが、育成会と同じ事務所ということもあり、常に情報収集は行われている。・利用者満足に関する調査担当の設置や検討会議は、行われておらず、具体的な改善も行われていない。今後の課題である。</li> </ul>		
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。		
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・母体である社会福祉協議会に第三者委員が設置され、年に1回苦情解決第三者委員会会議を開催している。</li> <li>・契約書と重要事項説明書に苦情の受付等が記載されているがマニュアルはなく、苦情、相談、意見に対して事業所としての体制の確立とマニュアルの作成、苦情を申し出しやすい工夫の取組が望まれる。現在苦情処理の実績は無いが、ヒヤリハットや事故報告の記録をもとにスタッフ会議にてサービスの改善や向上に努めている。</li> </ul>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談や意見は、職員全員が受け付けるようにしているが、文書化やマニュアルは作成されておらず、掲示も成されていない。利用者や保護者への文書も配布されていない。今後開かれた事業所として、わかりやすく文書化されたものの掲示の検討を求める。</li> <li>・相談を受けるスペースは設けており、利用者や保護者が自由に意見を言える場の提供を行っている。</li> </ul>		

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。	a・㉞・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情相談や意見に対するマニュアルの作成は成されていないが、職員各々が日々の業務の中で配慮し、迅速な対応は行っている。今後共通理解を促し、サービスに反映させる仕組みの文書化を検討されたい。</li> <li>・利用者とは毎日の通所時に、保護者とは送迎時に声掛けをし、相談しやすい信頼関係の構築を図っている。</li> <li>・社会福祉協議会の玄関に苦情受付箱を設置し、適宜対応している。相談や意見は、開所時の13時半の申し送りにて職員間に周知を図っている。</li> <li>・月1回の第一金曜日の定例研修会に於いて、事例検討とし課題分析を行いサービスの改善を行っている。</li> </ul>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための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。	㉞・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時対応（送迎時の事故、失踪児童が出た場合、けが人が出た場合、火災が発生した場合）のフローチャートに責任者を明記している。</li> <li>・社会福祉協議会が主となっている、苦情解決第三者委員会会議にも年1回担当者が参加し、リスクマネジメントの検討会が行われている。</li> <li>・フローチャートは、事業所内に掲示され、利用者及び職員に周知されている。事例収集としてヒヤリハットや事故報告の収集に努めている。</li> <li>・常勤と保育士が記入する業務日誌や非常勤が記入する個別記録からも事例を収集し、日々の申し送りや定例研修会で検討している。</li> <li>・職員には年2回の消防訓練時に消火器の取り扱い方や、他事業所のAEDの研修会に参加するように促している。</li> <li>・個別支援目標一覧の半期毎の作成時に事故防止等の見直しも行っている。</li> </ul>		

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。	a・㉔・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症対策についての管理体制やマニュアル等の作成や見直しはされていないが、日々の業務の中で、手洗いやうがいの励行をしている。洗面所もお湯が出る自動水洗に変え、トイレにもシャワー室を完備し、衛生面での配慮を行っている。掃除も消毒剤を用い、清掃一覧表にて担当を決め、始まりと終わりの1日2回行っている。</li> <li>・職員の勉強会も定例研修会で予防法等を行っている。</li> <li>・重要事項の中に留意事項として感染症の場合の利用状況について記載はされているが今後、感染症の予防、対応マニュアルの作成が求められる。</li> </ul>		
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。	a・㉔・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害時の対応体制は、定められていないが、屋内に非常灯を設置し、避難場所はすぐ上の施設の婦人の家となっている。</li> <li>・安否確認は、利用者はデイリースケジュールで通所利用の確認を行い学校と連携をとり、職員は緊急連絡網にて確認を行うようにしている。</li> <li>・食事の提供をしていないので食糧等の備蓄はしていないが、今後米や水等の検討をしていくとのことである。</li> <li>・防火訓練はくれよん通信にて保護者へ発信している、地元の行政や消防署とも連携を図り、年2回訓練を行っている。</li> <li>・事業所の横に川が流れており、万が一に備え風水害に対する対応体制のマニュアル化が求められる</li> </ul>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価 結果
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。		
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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・放課後等デイサービスくれよん業務内容がマニュアルとなっており、常勤と非常勤用、放課後預かりと1日預かり（土曜日・学校代休日・長期休み）の4部で構成されており、別等に応じて課題をきめ細やかに設定できるように工夫されている。開所時の申し送りより、時系列で詳細に作成されている。職員の役割分担は役割分担表にて①リーダー②サブリーダー③トイレ担当④活動担当に分かれ各々の業務を遂行している。</li> <li>・排泄や更衣等に関して、利用者の性別や年齢に応じたプライバシーの配慮を行っている。</li> <li>・月毎の勤務一覧表にも職員の業務分担が記載されている。また、利用者の個別支援目標一覧を作成し、利用者一人一人の福祉サービスの方向性の周知が図られている。</li> <li>・モニタリングや個別支援計画の評価時に日々の個人記録等をもとにしながら、サービスの確認を行っている。</li> </ul>		
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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスの見直しは、各担当による年2回のモニタリングと個別支援計画評価策定と同時進行で行っている。</li> <li>・年度末に調査票をもとに保護者面談を行い、利用者のニーズや課題の把握や抽出を行っている。</li> <li>・個別支援計画の評価については、面談にて意向を確認し、定例研修会にて職員の意見を反映している。</li> </ul>		

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。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画の策定責任者は管理者で、策定は常勤職員が行っている。モニタリングは各担当が行い、管理者が助言指導を行なっている。</li> <li>・アセスメントは初回面談時の個人記録表（フェースシート）に発育状況、自己理解、心理的課題、興味関心事、利用にあたっての希望等を記載している。年1回の保護者面談に於いてもアセスメントを行っている。また、相談支援事業所の基本情報も参考にしている。</li> <li>・相談支援事業所とも連携を図り、担当者会議にて障がい児支援利用計画をもとに協議を図っている。</li> <li>・日々の業務に於いて利用者の状況を適切に把握し、ニーズを明確化して個別支援計画に反映している。</li> <li>・個別支援計画に記載された目標によるサービス提供は、日々の個人記録にて確認している。</li> <li>・困難事例に関しては、保護者や学校等、関係機関と連携を図り、行政からも情報を得て支援にあたっている。</li> </ul>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a・①・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年間行事内容に個別支援計画の評価時期が記載されており、マニュアルも策定している。3月と9月のモニタリングは各担当職員が行い、9月の個別支援計画の前期評価、後期目標設定、2月の後期目標評価、3月の来年度の個別支援計画策定は管理者を中心に常勤職員で行なっている。個別支援計画評価作成後に、利用者及び保護者に同意を得ている。</li> <li>・計画の変更内容は、職員定例研修会にて合議され、個別支援目標一覧にて周知している。</li> <li>・個別支援計画の緊急時の変更に対する仕組みの構築は成されていない。</li> <li>・支援目標を記載している日々の個人記録にて、ニーズや課題を明確にしている。</li> </ul>		

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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、職員間で共有化している。	㉗・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個人記録表や家庭学校よりの連絡にて、身体状況である、排泄食事機嫌等が把握できている。</li> <li>・ サービス実績記録や業務日誌にてサービスの実施が確認できる。</li> <li>・ 職員定例研修会にて、記録の書き方等に関しての研修を行っている。</li> <li>・ 開所時の申し送りやカレンダーのメモ欄を使い情報の共有を図っている。</li> </ul>		
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・㉘・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個人情報保護規程や社会福祉協議会の規程に基づき記録の管理がなされており、契約書や重要事項説明書にも明記している。</li> <li>・ 職員は入社時に守秘義務の誓約書を提出する。</li> <li>・ 記録管理について管理者が指導を行なっているが、責任者としての設置は、されていない。</li> <li>・ 各職員は、個人情報使用同意書にて個人情報保護法を理解して、利用者や家族に説明し同意を得ている。</li> </ul>		

第三評価結果

※すべての評価細目（30 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。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
1-(1) 利用者の尊重		
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。	②・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人記録調査票をもとに、個別支援計画を策定している。</li> <li>・その日のプログラムや支援にあたる職員等をわかりやすく掲示するなど利用者の障がい特性に合わせた視覚支援が成されている。絵カード、文字カード、ハンドモーション等でコミュニケーションを円滑に図れるように工夫している。送迎も終わりの会にて自分が何号車に乗り、どの運転手かわかるようにカードにて表示され、利用者の安心を得ている。</li> <li>・日々の支援にて利用者の意向が汲み取れるようにホワイトボード等を用い、気持ちの書き取りを用いて対応している。新たな取り組みとして、目を見てマッチングをして、話をしていく支援も行っている。</li> <li>・コミュニケーションがとりにくい利用者に対しては、事業所内の児童発達支援管理責任者や保育士、指導員の専門職による対応や相談支援事業所が開催する担当者会議に於いて多職種の意見を参考にしている。</li> <li>・コミュニケーションがとれる代弁者の活用等は現在のところ該当は無いが、必要に応じて対応していくとのことである。</li> </ul>		

	1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・くれよん担当表にて、利用者に各担当職員が決められている。自由遊びでは、個々の個性を伸ばせるようにパズル、バランスボール、ルーピング、DVDやCDの視聴も選択できる。</li> <li>・町内の方々から寄贈されたおもちゃや図書類が多岐にわたり、利用者は、絵カードにて遊びを自由に選択でき、様々な遊びができるようになっている。</li> <li>・利用者はくれよんの行事の夏祭りやクリスマス会、バスハイクの他、毎年行われる身体障がい者のふれあいの祭典に参加している。地域や大学生のボランティアとの交流も行っている。高校生の利用者は、夏休み等の長期休みに町内の作業所で就労体験を行っている。将来の自立に向けて保護者に大変喜ばれているとのことである。</li> <li>・利用者の会や自治会は、組織されていない。</li> </ul>		
	1-(1)-③ 利用者の自力で行な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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・見守り支援については、定例研修会や開所時の申し送りで周知し、支援の内容や対応については、日常的に検討している。</li> <li>・見守り支援は、利用者の自主性を育む支援として、個人面談で保護者と職員との意向を把握した上で、支援方法を明確化している。</li> <li>・清掃一覧表にて施設内の環境整備を行い、トランポリンや遊具の点検を行っている。</li> </ul>		
	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日々の支援の中でも行っているが、特に夏休みや冬休みの長期休暇には長期休み計画表を作り、買い物掃除洗濯といった生活全般の質を向上させる為の取組を行っている。利用者の励みとなるようにがんばり表にごほうびシールを貼り、ゴールを目指している。プレイルームと静かに勉強や宿題ができる部屋があり、利用者の自主性を促している。</li> <li>・社会福祉協議会の広報誌にて、様々な社会資源の情報が得られる。高校生の利用者は、就労体験を行っている。</li> <li>・目線を合わせ挨拶から始まり、友達と共に過ごすことの心地よさや楽しさを味わうことで人と関わることへの関心が育ち、絵カード、ハンドモーション等を用い、コミュニケーションをとることの楽しさを感じることが出来るように支援している。</li> <li>・くれよん通信や世帯全体に配布される社会福祉協議会の広報誌にて情報を発信している。</li> </ul>		

	1-(1)-⑤ 利用者に対して緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体的拘束は行わないようにしている。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在、身体拘束の事例はない。</li> <li>・事例は無いが、日々の個人記録にて支援の様子がわかるようになっている。</li> <li>・やむを得ず身体拘束を行ったり、解除するような事例が起こった場合には、迅速に保護者へ連絡を取り、送迎時に直接説明を行なうとのことである。</li> <li>・職員への研修は、定例研修会や外部の担当者会議や研修会にて行っている。</li> </ul>		
	1-(1)-⑥ 利用者に対する暴力、言葉による脅かし等の不適切な関わりの防止と早期発見に取り組んでいる。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員には申し送りや定例研修会に於いて不適切な関わりに関して研修を行っている。特に言葉の暴力には、留意するように指導している。</li> <li>・利用者には職員が体で押さえつけ行動の制限を行ったり、自分の意思で開けることのできない居室等への隔離をしてはいけないことや、言葉のかけ方や行動の仕方を伝えている。</li> <li>・日々の申し送りで利用者の近々の状況を把握し、利用者の不穏時には他の利用者を場から離し、様子を見ながらクールダウンを促している。</li> <li>・定例研修会にて個人記録やヒヤリハット、事故報告をもとに検討会を行っている。</li> <li>・不適切な関わりがあった職員には社会福祉協議会の就業規則の規程に厳正な処分が決められている。</li> </ul>		

## A-2 日常生活支援

		第三者評価結果
2-(1) 食事		
	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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象外のため評価なし</li> </ul>		
	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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象外のため評価なし</li> </ul>		

	2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし		
2-(2) 入浴		
	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
<コメント> ・対象外のため評価なし		
	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
<コメント> ・対象外のため評価なし		
	2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境整備は適切に行われている。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし		
2-(3) 排泄		
	2-(3)-① 快適な排泄ができるよう介助に配慮している。	①・b・c
<コメント> ・日々の個人記録が排泄排便のチェックリストになっており、また備考欄に利用者一人一人の特記が記載されるマニュアルとなっている。  ・職員定例研修会にて排泄に関する研修が年1回行われ、マニュアルである個人記録の見直しも行っている。		
	2-(2)-② トイレは清潔で快適である。	①・b・c
<コメント> ・トイレの便座の改修や手洗い場やシャワー室の改修を行い、清潔の保持を心掛け、トイレ環境を整えている。  ・男子トイレにはカーテンを取り付けており、プライバシーの保持と共に安全面での配慮を行っている。  ・トイレ掃除は、役割分担表と業務内容マニュアルにて当番制で消毒剤を使い毎日行っている。  ・便座が暖くなるウォシュレットがあり、冬場にはひざ掛けを使用し利用者が寒くないように配慮している。		
2-(4) 衣服		
	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
<コメント> ・対象外のため評価なし		

	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
<コメント> ・対象外のため評価なし		
2-(5) 理容・美容		
	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
<コメント> ・対象外のため評価なし		
	2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし		
2-(6) 睡眠		
	2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし		
2-(7) 健康管理		
	2-(7)-① 日常の健康管理は適切に行われている。	a・b・c
	2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a・b・c
<コメント> ・発熱したり体調不良の場合は、保護者に連絡してその場にあった対処をしている。特に医療行為をする対象者がいない為、評価対象外とする。		
	2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a・b・c
<コメント> ・事業所として薬を預かることをしていない為、評価対象外とする。		
2-(8) 余暇・レクリエーション		
	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。	①・b・c
<コメント> ・行事ごとにアンケートをとり、利用者の希望にて輪投げやカラオケ大会を行っている。  ・くれよん通信にて情報を提供している。  ・利用者によるレクリエーションの企画立案とまではいかないが、意向や要望、アイデアはたくさん出ている。  ・ボランティアは、社会福祉協議会の広報誌ぬくもりに定期的に募集を出している。大学生のボランティアが継続的に交流を持ち、保護者の負担を軽減し、保護者もレクリエーションと一緒に楽しめるようになっている。  ・医師を退職された女性も、昔の遊び等を利用者に教えに来所している。		

2-(9) 外出、外泊		
	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
<コメント> ・対象外のため評価なし		
	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
<コメント> ・対象外のため評価なし		
2-(10) 所持金・預かり金等の管理		
	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
<コメント> ・対象外のため評価なし		
	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・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし		
	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・b・c
<コメント> ・対象外のため評価なし		

### A-3 安全・衛生・事故防止

		第三者評価結果
3-(1) 安全・衛生・事故防止		
	3-(1)-① 安全確保や衛生管理又は事故防止に関するマニュアルが整備されており、その対応方法について、全職員に周知されている。	a・b・c
<コメント> ・緊急時対応マニュアル（送迎中の事故、失踪児が出た場合、けが人が出た場合、火災時）は策定され事業所内に掲示されているが、衛生管理マニュアルは整備されていない。日々の業務に於いて手洗いやうがいの励行は行っており、毎日消毒剤にて清掃も行っている。一連の流れを文書化し衛生管理を徹底することが望まれる。		

	3-(1)-② 事故防止のためチェックリスト等があり、事故防止に向けた具体的な取組を行っている。	a・⑩・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ヒヤリハットや事故報告を基に、毎月の定例研修会に於いて事例検討を行い、再発防止に取り組んでいる。送迎は、職員2人体制で行い、安全運転をモットーとしている。玄関には、利用者の年齢に合わせた大小様々のチャイルドシートが用意されている。</li> <li>・事故防止のチェックリストは、作られていない。</li> <li>・利用者には、年2回の消防訓練を実施している。トイレ前に横断歩道を作り交通ルールを指導している。</li> </ul>		

# 事業所情報（障害者・児施設）

（平成 27 年 10 月 1 日 現在）

施設名 社会福祉法人長与町社会福祉協議会 放課後等デイサービスくれよん
--

## 1. 基本情報

郵便番号	851-2124		
実施場所	長崎県西彼杵郡長与町丸田郷 351-1		
TEL	095-883-3811		
FAX	095-883-3811		
経営主体	社会福祉法人 長与町社会福祉協議会	開所時間	平日 13:20～17:30 第2、第4土曜日 10:00～17:00
		代表者名	会長 濱野哲夫

## 2. 職員体制（複数の資格取得している場合は、重複計上してください）

	常勤（専任）	常勤（兼務）	非常勤（専任）	非常勤（兼務）
管理者		1		
児童発達		1		
保育士	1			
指導員	1		8	2

## 3. 施設の理念・方針

<p>&lt;事業の目的&gt; 利用者が地域社会で安定した生活が送れるように児童、家族を支援することを目的とします。</p> <p>&lt;運営の方針&gt; （1）利用者の心身の特性を踏まえて、児童の健全な育成を支援するために行います。 （2）事業の実施にあたっては、関係町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。</p>
---

#### 4. サービス内容

対象地域	長与町
対象年齢	小学校1年生～高校3年生
定員	10名

#### 5. 事業所から利用者（希望者）の皆様へ

<ul style="list-style-type: none"> <li>・居室が2部屋あり、目的に合わせてスペースを提供</li> <li>・屋外に庭があり、砂場で遊んだり花植をしたりできる。洗い場あり。</li> <li>・トイレ内にシャワールーム設置。入口には、自動水洗の手洗い場があり、お湯が出ます。</li> <li>・スタッフの数が充実しており、個別支援に力を入れている。</li> </ul>
---

#### 6. 施設の公開、実習生、ボランティアの受入について

施設の公開・見学	実習生の受入	ボランティアの受入
いつでも可能 ※ただし、連絡が事前に必要	あり	あり