

# 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

第三者評価機関名：特定非営利法人未来 福祉サービス評価事業部

訪問調査実施期間：平成25年2月7日

## ② 事業者情報

名称：鳥取県立皆成学園

種別：福祉型障害児入所施設

代表者氏名：井口純一

定員(利用人数)：入所定員65名(49名)

児童発達支援定員10名(25名)

所在地：鳥取県倉吉市みどり町3564-1

TEL 0858-22-7188

## ③ 総 評

### ◇特に評価の高い点

1. 知的障がい児施設として昭和24年に新設されて以降、64年の歴史がある。その間一般棟や重度棟の竣工、倉吉市立養護学校の新築移転をし、学校と生活の場を位置づけた。その変遷の中で平成16年、自閉症・発達障がい支援センター「エール」を設置し、全県レベルで県民や地域のニーズに応え、県の知的障がい児施設の中核的役割や機能を果たしてきている。
2. ノーマライゼーションの理念に基づき、利用児童一人ひとりとその家族の尊厳を尊重することを第一に考えて運営している。年齢や発達に応じた入所サービス、保護者と共に通う児童発達支援事業、在宅障がい児の短期入所及び日中一時支援など様々なサービスを提供している。
3. 年齢や障がいによって入所棟を分け、児童の自立や自分らしさが発揮できるような環境を整えている。たとえば、「社会自立を目指す人の会」でボランティア活動や意見発表会、地域交流、外出体験、宿泊訓練などで社会生活移行支援に取り組んでいる。また、ビデオレンタル・カラオケ・ダンスなど様々なクラブ活動があり、放課後や休日の活動が充実している。
4. 児童発達支援事業のサービスは、集中できるようなスペースや道具が工夫され、手作りも含め教材が豊富であり、個人プログラムが立案しやすい。また、ピアカウンセリングや勉強会を行ない、家族に対して障がい特性の理解や育児指導などを伝えており、充実している。
5. 市町村職員及び児童福祉施設関係職員との連携を図っており、グレーゾーンの児童の支援に対する理解や支援方法の学習の場になっている。また、地域の民生児童委員の見学やボランティアを積極的に受け入れており、障がいの理解を深めることにつながっている。
6. 地域の子供たちとも過ごせるよう、敷地内のグラウンドを開放し、地域に根付いた施設への努力をしている。

◇改善を求められる点

1. 事業計画が工程表で示されているが、概ね1～3年間であり、中・長期計画としての展望を含め、掲げていく必要がある。
2. 様々な書類がデータベース化されており、入力や閲覧等により効率的に情報共有出来るが、すべての職員への周知徹底方法についての工夫が課題であろう。
3. 入所児童の保護者との連携が困難な場合もあるが、継続的な相談や面会を行ない、関わりを続けて欲しい。
4. 強度行動障がい児に対し、試行錯誤・創意工夫の支援体制をとっており、今後も全ての入所児童の人格を尊重した関わりや意向を探り続けて欲しい。

④ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価受審にあたり、現在提供しているサービス内容の自己評価を実施し、改善しなければならない事項、今以上に充実していかなければならない事項等を再確認することができた。今後、評価結果や利用者・職員アンケート結果を踏まえ、必要な改善を行うとともに、職員一人一人が資質の向上を図り、サービスの向上に取り組んでいきたい。

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報告書

※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します。

## 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 | 判断理由   |
|---------------------------------|---------|--|
| 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。          | Ⓐ・b・c   | 理念及び基本方針が運営要綱に明文化され、入所事業・児童発達支援事業等においてその目的を明確にし、運営されている。<br>また、わかりやすく「ゆめ・えがお・はばたけ!!」子ども達の未来を創造する皆成学園を目指して～とテーマを掲げている。  |
| Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。  | Ⓐ・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。   | Ⓐ・b・c   | ほとんどの書類がデータベース化され、全職員が閲覧ができる体制になっている。また、各部署の責任者などによる職員朝会等で周知を図っている。また、新採用者・異動職員対象の園内研修会においても周知を図っている。<br>家族等への契約の際や要覧により周知に努めている。入所児童に対しては生活会議でわかりやすく伝えるよう努めている。また、児童発達支援の保護者に対しては、ピア・カウンセリングや勉強会、個別支援会議の中で意思疎通を図っている。 |
| Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | Ⓐ・b・c   |  |

### Ⅰ-2 事業計画の策定

| 評価項目                               | 第三者評価結果 | 判断理由   |
|------------------------------------|---------|--|
| 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・Ⓑ・c   | 鳥取県の工程表に基づき、ビジョンと今年度計画が明確にされている。<br>県の方針に基づくものであるが、内容は1～3年間程度を見通した事業計画となっており、さらに長期展望を踏まえた事業計画になるとさらに良い。  |
| 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) 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。      | Ⓐ・b・c   | 工程表により組織全体及び各部署の事業計画と評価、課題等を具体的に示している。また、工程表はデータベースで閲覧できるようになっており、周知に努めている。<br>職員への周知方法については、人事評価の中で個々のキャリア開発シートを作成し、上司との年3回の面談において周知を図っている。また、データベース化により職員全体への伝達の時間短縮が図れるようになっている。<br>利用者や家族に対しては、学園だよりやホームページにより、わかりやすい表現で示している。 |
| Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。         | Ⓐ・b・c   |  |
| Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。       | Ⓐ・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 | 判断理由  |
|--|---------|---|
| 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 | データベースを閲覧することで情報を共有したり、職員の朝の会を通じて現場からの意見の把握に努め、責任を明確にしている。また、研修や会議の中でも必要に応じて表明している。また、生活棟を巡回し、児童や職員の様子を把握するよう努めている。<br>関係法令等は庁内LANを閲覧できたり、関係機関等と連携して情報が得られるようになっている。また、計画的に園内研修を開催している。 |
| 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 | 園長や管理者は、期首面談や会議等の中で利用者の立場に立った問題提起を行いながら、職員が利用者を多面的に支援でき、利用者が主体的に行動できるように示唆している。<br>業務の効率化と改善については、一方的ではなく職場管理者や職員の意見を求めながら取り組んでいる。  |
| 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 | 判断理由   |
|---|---------|--|
| 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 | 行政情報や社会福祉事業の動向について把握している。また、鳥取県の予算を意識しつつ、利用者本位に要求を行っている。<br>地域の要望を把握し、知的障がい児の抱えている課題に前向きに取り組んでいる。その課題や方向性については、「エール」発達障がい者支援センターや中部療育園と連携を図っている。 |
| 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 | 判断理由   |
|-------------------------------------|---------|--|
| 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 | 人事管理は県の人事企画課が掌握しているが、職場内では人事評価制度が整備されており、定期的に職員面接など人事考課を実施している。自己申告も可能である。 |
| 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 | 職員とのコミュニケーションが円滑であり、職場や個々の意向に対し、意見を吸い上げる場がある。不必要な時間外労働をしないよう指導し、職員の有給休暇、時間外労働のデータは定期的に点検している。<br>職員の福利厚生や健康の維持に対し、産業医の指導等積極的に取り組んでいる。また、メンタルヘルスを含めた健康相談については職員個々のプライバシーに配慮し、組織内部のみならず外部の相談窓口で直接相談できるシステムがある。 |
| 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 | 保育士の育成計画を作成し、職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。研修には積極的に参加できるようにしている。<br>研修終了後は、報告レポートを提出し、全職員が閲覧できるようにしている。また、伝達研修も実施し、相互の研修の場としている。<br>今年度は、職員個々の能力開発・向上を目的とした研修も取り入れ、人材育成を計画的に行うなど、研修内容の見直しを行っている。                  |
| 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 | 実習生受入れマニュアルがあり、基本的な姿勢を明確にしている。実習生の受入れ窓口が明確であり、学校が開催する連絡協議会に参加する等連携を図っている。実習生は県内で要請のあった実習先を積極的に受け入れている。   |

### II-3 安全管理

| 評価項目  | 第三者評価結果 | 判断理由  |
|---|---------|---|
| 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 | 感染対策マニュアルに基づく取り組みを行っている。また、予防と対応に関する研修会を開催している。<br>毎月、避難訓練を実施している。今年度は実際に夜間の避難訓練を児童の参加で行ない、成果が得られている。<br>利用者の安全管理マニュアルが整備されている。また、リスクマネジメント検討会議を毎月開催し、ヒヤリ・ハット事例の検討と改善を図り、安全確保と事故防止に努めている。 |
| 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（児童発達支援）

|                                     |             |  |
|-------------------------------------|-------------|--|
| Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。          | ○ a · b · c | <p>関係機関・団体のリストを作成し職員で情報共有している。</p> <p>地域の保育所・幼稚園・養護学校、また保健師等と連携し、情報共有している。</p> <p>『エール』鳥取県発達障がい者支援センターとの連携、鳥取大学の教授や県立厚生病院医師のスーパーバイズも受けている。</p> <p>定期的に個別支援会議を開催し、適宜、関係機関や保護者と具体的な取り組みを積極的に行っている。</p> |
| 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 | <p>中部圏域障がい者自立支援協議会に出席したり、地域の児童福祉施設と連携し、具体的なニーズの把握をしている。</p> <p>理解を深められる保育士を養成する為、定期的に研修を受講している。保護者と児童を対象に、ピアカンファレンスや勉強会を開催し先輩保護者からの支援活動となっている。</p>   |
| 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（児童発達支援）

| 評価項目   | 第三者評価結果     | 判断理由   |
|--|-------------|--|
| 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 | <p>人権擁護マニュアルに基本姿勢を明示している。職員は学園内の人権研修に参加し共通理解している。また、児童発達支援マニュアルや児童発達支援事業運営規定の中でもプライバシー保護について示している。</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。      | ○ 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 | <p>年1回の保護者アンケート、通所時の個別の聞き取り、及び個別支援会議等で保護者からのニーズ等を把握し、サービス内容や環境整備に反映させている。</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。                 |             |  |

|                                      |             |   |
|--------------------------------------|-------------|---|
| 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 | 個々の児童への担当制をとっており、普段から担当と保護者とで情報共有し、相談等を受けるようにしている。また、ペアレントメンター（先輩保護者）が個別に相談を受ける仕組みが整っており、新規利用する保護者の精神的支えとなっている。<br>苦情解決の仕組みは、契約書・重要事項説明書に明記し、事業所（皆成学園）内にも掲示している。できれば、よりわかりやすい場所に掲示するのが望ましい。苦情には、フローチャートに沿って迅速に対応している。 |
| 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（児童発達支援）

| 評価項目   | 第三者評価結果     | 判断理由   |
|--|-------------|--|
| 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 | 職員は第三者評価を受審し、指摘事項の改善を実施している。また、接遇や人権について自己点検している。<br>評価の振り返りをし、改善策を立てて検討している。  |
| 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           | ○ 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 | 児童発達支援マニュアルに基づきサービスを提供している。サービス実施内容について分析、検討、見直しをしている。記録物は書面にて保存し職員間で情報共有している。<br>サービスの標準的な実施方法に則り、個別に応じたサービス提供とその見直しを行っている。 |
| 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 | 記録には、個別支援計画・実施記録等にサービス提供状況を詳しく記している。<br>県の文書管理規定に沿って適切に記録している。データベースでの管理に加え書面による管理をしており、児童に関する情報を職員間で共有している。                 |
| 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（児童発達支援）

| 評価項目  | 第三者評価結果   | 判断理由   |
|---|-----------|--|
| 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<br>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) | 中部圏域の市町村の保健師及関係機関を<br>経由し、情報の周知を図ると共に、学<br>園のホームページ及び広報誌などで情報<br>提供している。また、随時、見学の受け<br>入れを実施している。<br>サービス開始にあたり、利用契約時に<br>重要事項説明書を用い同意を得ている。 |
| Ⅲ-3-(1)-②<br>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<br>業所の変更や家庭へ<br>の移行などにあたり<br>サービスの継続性に<br>配慮した対応を行っ<br>ている。 | ○a)・b)・c) | 移行支援会議資料を作成したり移行支<br>援会議に出席して引継ぎを行い、サービ<br>スの継続に配慮している。保護者ニーズ<br>に応えフォローアップ（電話相談、訪<br>問、他機関の紹介等）を行っている。                                      |

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定（児童発達支援）

| 評価項目   | 第三者評価結果   | 判断理由  |
|--|-----------|---|
| 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<br>められた手順に従っ<br>てアセスメントを<br>行っている。   | ○a)・b)・c) | 新規利用児童については、発達検査の<br>実施・チェックリスト及び生活状況等の<br>聞き取りを行い、アセスメントを実施し<br>ている。継続利用児童については個別支<br>援計画策定時にモニタリング及び再アセ<br>スメントを実施している。 |
| 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<br>サービス実施計画を<br>適切に策定してい<br>る。         | ○a)・b)・c) | サービス実施計画をマニュアル化して<br>いる。県の文章管理規程に沿って管理し<br>個々のサービス提供については、個別実<br>施記録に記載している。<br>支援計画の評価（モニタリング）は定<br>期的に実施している。           |
| Ⅲ-4-(2)-② 定<br>期的にサービス実施<br>計画の評価・見直し<br>を行っている。 | ○a)・b)・c) |   |



## II-4 地域との交流と連携（入所支援）

| 評価項目  | 第三者評価結果     | 判断理由  |
|---|-------------|---|
| 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 | 定期的な本の読み聞かせやピアノコンサート、また民生児童委員の訪問等、園内外行事を通して地域と良好な関係を築いている。<br>地域行事に参加する際、必要があれば職員が援助する体制が整っている。<br>また、個々の児童のニーズに応じて地域の社会資源を利用している。<br>ボランティア受入れマニュアルを作成し、スムーズな受入れが出来るようにしている。 |
| 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 | 個々の児童の状況に対応できる社会資源を明示し、連携先のリストや資料を掲示している。<br>児童の問題について、児童相談所・養護学校・市町村と連携し取り組んでいる。   |
| 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 | 地域のニーズに努め、短期入所・日中一時支援事業については積極的に受け入れている。また、土曜日のグループ活動を試行しているが、入所利用の多様化に伴い受け入れ方法については検討中である。   |
| 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（入所支援）

| 評価項目   | 第三者評価結果     | 判断理由  |
|--|-------------|---|
| 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 | 基本方針に「利用児童一人ひとりとその家族の尊厳を尊重する」と明示し、サービスを提供している。面会に関するプライバシーについて設備面での配慮や工夫をしている。<br>皆成学園人権擁護マニュアルを作成している。マニュアルに基づいて身体拘束や虐待防止について園内研修を実施し、職員に周知している。 |
| 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 | 月一回以上開催する「生活会議」や、適宜開催する「みんなの会」に於いて、児童の思いを職員と話し合う機会を設けている。職員は結果を児童にフィードバックし掲示している。  |
| 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 | 各棟に意見箱を設置している。また、生活会議を定期的で開催し、児童から意見を聞いている。<br>また、契約書の説明時に苦情解決の仕組みについて説明し、苦情受付担当者については事業所内に掲示している。<br>児童と関係者の意見は電話・面接にて聞き取り、苦情と判断した内容については苦情データベースに入力し、職員全員が迅速に対応している。 |
| 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（入所支援）

| 評価項目  | 第三者評価結果 | 判断理由   |
|---|---------|--|
| 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  | 施設として定期的に第三者評価を受審している。それぞれのサービス内容については各棟の支援会議や養護課連絡会を定期的で開催し、自己評価をしている。<br>全職員で取り組む課題については、改善策を立て実行する体制を整備している。また、個人懇談の中で課題を確認して共有化を図っており、更なるサービス向上に繋げている。 |
| 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  | 職員はマニュアルに沿ってサービスを提供し、モニタリングと支援計画の見直しをしている。見直しにあたり職員や児童・家族からの意見や提案を反映する仕組みになっている。<br>職員はサービス班会で、個々の児童に対するサービスを検討し向上に努めている。                                  |
| 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 | サービス実施計画に基づくサービスが適切に行われている。<br>県の文書管理規定に沿って管理している。記録は施錠できる場所にて厳重に取り扱っている。職員は個人情報保護法を厳守している。<br>入所児童に関する情報を書面による管理に加え、データベース上で管理し、児童の障がい特性と生活状況等の情報交換を実施し職員間で支援の共有をしている。 |
| 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（入所支援）

| 評価項目  | 第三者評価結果     | 判断理由   |
|---|-------------|--|
| 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 | 学園のホームページを作成・更新し、広報誌により情報提供をしている。また、利用希望者の見学は常時受け付けている。<br>利用開始にあたり契約書を交わしている。入所・短期入所利用については、本人の同意を得ることを前提にしている。 |
| 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 | 個々の児童の状況に合わせた移行支援会議で移行実施計画を立案し、サービスの継続に配慮している。   |

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定（入所支援）

| 評価項目                                 | 第三者評価結果     | 判断理由  |
|--------------------------------------|-------------|---|
| 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 | アセスメントシートで個別に評価・見直しをして課題の整理をしている。見直しの時期と手順はマニュアルに明文化している。 |
| 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 | マニュアルに沿ってサービス実施計画を策定し、定期的に評価・見直し等を実施している。                 |
| 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 | 判断理由  |
|---|---------|---|
| 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   | <p>児童個々に応じたコミュニケーションや意思表示ができるよう、あらゆるツール（絵・写真・カード・物など）を準備し工夫や改良を重ねながら、支援を行っている。</p> <p>児童の年齢・性別・障がい等に応じて入所棟を3つに分け、棟ごとに児童が主体的な活動ができるような支援を行っている。中でも児童が中心になって行う「生活会議」では、児童が自分たちで生活上の目標やルールを話し合いの上決めている。会議で決めたことは、児童自らが作成して共有スペースに貼ってある。これらは、児童の生活意欲に繋がっている。</p> <p>日常生活の中で、職員は児童の持っている力を見極めながら、なるべく見守り「できることを引き出し活かす支援」に努めている。</p> |
| 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 | 判断理由   |
|--|---------|--|
| 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   | <p>月1回の給食会議を設け、関係機関や調理業者と共に、健康的な食事の提供が行えるよう努めている。児童の健康状態に合わせたサービス計画を策定し、食事形態を揃えている。また、地産地消で安心・安全でおいしい食事の提供を行っている。</p> <p>年に数回行事に合わせてバイキングを行い、児童間での交流の場となり楽しみの一つとなっている。</p> |
| 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。               | Ⓐ・b・c   | <p>マニュアルを作成し、児童の障がい程度や状況に合わせて支援を行っている。また、児童の発達状況に合わせて、職員は同性介助を心掛けている。お風呂は19～21時の時間帯でスケジュールに合わせて入浴することができる。</p> <p>浴室・脱衣室は安全・衛生的に管理されている。</p>                               |
| A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。                          | Ⓐ・b・c   |  |
| A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。                              | Ⓐ・-・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 | 職員はマニュアルに沿って、また個々の障がいに応じた排泄の支援をしている。夜間トイレでの排泄が困難な児童はチェアトイレを利用している。<br>共用トイレは表示がされわかり易く、棟によっては社会生活への移行も見据え、児童が清掃を行える支援に努め、快適に利用できるようにしている。  |
| 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。 | Ⓐ . b . c | 児童の好み・個性に合わせた服の着用を支援している。また、高年齢の児童に関しては自分で洗濯機を使い洗濯して管理を行っている。低年齢の児童に関しては職員で衛生管理も行っている。<br>また衣類購入の希望があれば、児童の希望する衣料品店に外出する機会もある。   |
| 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。  | Ⓐ . 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。    | Ⓐ . b . c | 近くに理美容室があり職員が必要に応じて同行支援している。利用が難しい児童も保護者の許可を取りながら、整髪の支援を行っている。   |
| A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。          | Ⓐ . . . c |  |
| A-2-(6) 睡眠                               |           |  |
| A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。                | Ⓐ . . . c | 子どもの状況に応じて、個室や2~3人部屋での生活となっている。子どもの年齢に合わせて各棟の消灯時間を決めており、また児童が入眠時には安心できるよう職員が付き添い、安心・安全に眠れるよう夜も巡回を行っている。  |
| A-2-(7) 健康管理                             |           |  |
| A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。                 | Ⓐ . . . c | 職員は毎朝、児童の健康状態の把握に努め、体調不良を伝える事が困難な児童に関しては朝・夕の検温や視診を行い、記録に残している。事故や緊急事態には、保健師と連携をとり対応を行っている。<br>処方のある児童に対しては、服薬支援マニュアルに沿って管理や服薬支援を行っている。<br>また、入所・通所ともに、感染予防の洗浄剤や手袋などが設置されている。     |
| A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。          | Ⓐ . b . c |  |
| A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。         | Ⓐ . . . 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 | 行事や、クラブ活動など様々な情報を提供し、児童の希望に応じて参加できる仕組みを作っている。また、児童が月1回の生活会議で、主体的に企画・立案・実施できる体制があり、職員はそうした児童の取り組みを支えている。体育館が隣接しており、クラブ活動は勿論、多目的に利用できる。<br>地域行事には児童・職員一緒に参加し、地域の子どもとも関わる機会にもなっている。 |

| 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。                                | Ⓐ・b・c | 外出支援に関しては外出支援マニュアルがあり、障がいの程度や年齢などに合わせ、また担当の医師や家族の許可を得てから外出を支援している。中でも、社会生活移行への支援として、個々のニーズを的確に把握して、児童の自立に繋がる支援に努めている。   |
| 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。                             | Ⓐ・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。                           | Ⓐ・b・c | 預かり金の取り扱い要綱・管理要綱に基づいて管理や利用が行われており、残金の報告を行っている。<br>自己管理できる児童には、鍵付きロッカーの提供・小遣い帳を活用しながら、金銭の自己管理ができるよう、支援を行っている。<br>施設内では、新聞・雑誌の購読、CD・DVD・本などのレンタルも可能で、児童の楽しみの一つになっている。 |
| 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。                  | Ⓐ・-・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。 | Ⓐ・-・c |   |