

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：	特定非営利活動法人未来
訪問調査実施期間：	平成26年2月3日（月）

②事業者情報

名称：鳥取県立中部療育園	種別：医療型児童発達支援センター 放課後等デイサービス 障がい児等地域療育支援事業
代表者氏名：鳥取県知事 平井伸治 園長 鱸 俊朗	定員（利用人数） 医療型児童発達支援センター20名（登録21名） 放課後等デイサービス10名（登録9名）
所在地：鳥取県倉吉市南昭和町15	TEL：0858-22-7191

③総 評

◇特に評価の高い点

<ol style="list-style-type: none">1. 基本理念として、『①子供の育ちを大切にします②ご家族の子育てを支援します③地域の中での育ちを応援します』とし、地域で「育つ、育てる」療育の推進を目指している。2. 平成15年、肢体不自由児通園施設として開設し、中部の療育拠点として医療・福祉・リハビリテーション等職員の充実が図られている。更なる充実のため、職員及び利用者や地域関係者との「施設のあり方検討会」で地域ニーズや課題についての検討を重ねている。3. 地域療育支援事業として、支援員が家庭や保育所など地域での療育的支援の実施と定着のため、療育相談に出向いたり、地域療育セミナーを開催している。4. 小児科（平成24年4月～）及び整形外科の医療支援体制の充実により、問い合わせや予約が多く、期待が高まっている。5. サポートブックや支援記録には、一人ひとりの利用者の状況や支援内容を、写真や絵の添付など工夫してわかりやすく記載し、家族や他事業所への情報伝達がスムーズに機能している。6. 毎年利用者アンケートを実施したり、月1回の保護者交流会や利用者企画の行事にも職員が積極的に支援するなど、相互の協力や連携が図れる良い関係であることが今回の保護者アンケートでうかがえた。
--

◇改善を求められる点

<ol style="list-style-type: none">1. 鳥取県中部の唯一の医療型児童発達支援センターであるが、日々のサービス利用者数には偏りがみられる。地域及び利用者ニーズの課題を分析し、柔軟な事業展開と利用者の拡大についての検討を望む。（利用年齢・頻度・時間帯・広報等）2. 園内のスペースや園庭が狭いが、日課・年間行事・外出等、園だからこそ可能なリハビリやアクティビティの工夫により、持てる力を引き出せるようさらに活動内容の工夫を望む。3. 園内に倉庫（収納）が少なく、車いすやバギーが廊下に、またクッションや制作物が多目的室の棚に積み上げられており、地震対策を含め、環境面の配慮についての工夫を望む。4. 現在送迎バスの運行を実施しているが、その他様々なニーズを積極的に検討し、保護者や地域関係者の協力を得てできることから取り組んでみてはどうか。5. 地域の中で『育つ、育てる』療育をより推進するために、利用者保護者に配慮しつつ、地域療育セミナー等で呼びかけるなど、ボランティアの受け入れについて、より積極的に検討してはどうか。
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

御指摘を謙虚に受け止め、改善を要する点は速やかに対応します。
利用者の視点でより有益なサービスが提供できるよう、従事者一同、積極的な改善に努めます。

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）に基づいた第三者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	<ul style="list-style-type: none"> 施設の概要や理念、及び理念に基づいた基本方針は、「パンフレット」「ご利用のしおり」「ホームページ」等に掲載し、明文化されている。 理念は玄関にわかり易く掲示している。
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	<ul style="list-style-type: none"> 理念、基本方針を記載したカードは全職員へ配布され、名札の裏に入れて身に着けている。また「パンフレット」や「キャリア開発シート」への記載があり、職員のパソコンのネットワークを利用することで、いつでも確認ができる。 保護者に対しては、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」や「ご利用のしおり」を使って説明し、周知している。
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。	Ⓐ・b・c	<ul style="list-style-type: none"> 運営方針に基づき、毎年「ミッション工程表」を策定しており、中・長期計画及び当年度の事業計画を具体化している。 策定計画の目標は、中部療育園の実情に合わせた具体的な目標となっている。また、定期的な中間評価が行われ、園の役割を再確認するなど、次年度の課題が明確になっている。
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	<ul style="list-style-type: none"> 「ミッション工程表」は、職員共通理解のもとに次長を中心に作成されており、職員パソコンのネットワークを使いいつでも確認でき、全職員に周知されている。 鳥取県のホームページ（鳥取県→業務効率推進課→工程表）で「ミッション工程表」は公開されているが、閲覧困難である。 保護者に対して積極的な周知までには至っていない。
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。	a Ⓑ 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。	Ⓐ・b・c	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模施設であり、事務分担表を作成し、それぞれの役割を補えるよう配慮している。管理者は、業務に関する留意点や行政組織（国、県等）の動向等について、朝のミーティングで職員に周知している。 ・行政からの通知及び会議へは積極的に出席し、法令の理解と把握に努め、職員に周知を促している。
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。	Ⓐ・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 Ⓑ・c	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は県庁主催の「施設のあり方検討会」に出席している。職員間で検討を重ねながら、福祉サービスの質の向上を目指している。 ・しかしながら、地域のニーズに応えられるような体制が十分に確保されておらず、今後の事業展開について検討を重ねている状況である。管理者を中心に、まずは地域ニーズの把握に努め、課題解決に向けて更なる指導力を発揮されることを望む。
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 Ⓑ・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。	Ⓐ・b・c	<ul style="list-style-type: none"> ・中部圏域の肢体不自由児通園施設として発足以来、ニーズに応える事業を展開し、民間と較べて手厚い人員体制をとっている。 ・予算要求時に県財政課による収支状況の点検はなされ、それに伴うコスト削減、業務効率化が図られている。 ・一方で、採算性を最重要視した事業経営面での検討が必要であろう。 ・鳥取県の一般会計であり、公益性が高いため、該当しない。
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 Ⓑ・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。	Ⓐ・b・c	<ul style="list-style-type: none"> ・必要な人材や人員体制については、専門職の配置基準に基づいて明示されている。人員の増員要求に関しては、年2回（上期・下期）に予算要求ができる。 ・人事考課については、県人事関係諸規定に基づき適切に行われている。
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。	Ⓐ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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、指導するシステムがある。また職員の希望により、短時間勤務やフレックスタイム勤務も可能な制度があり、働きやすい環境である。 ・年に3回、管理者と職員の個別面談の実施と、キャリア開発シートなどにより、職員の就業に関する意向の確認を行っている。 ・福利厚生事業については、県庁福利厚生室により実施されている。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的方針及び「ミッション工程表」に職員の専門性及び技術の向上に対する基本姿勢が明示されている。 ・小規模施設であり、なるべく外部研修や研究発表への参加と研鑽を積むことを奨励している。各種研修案内は回覧し、内容に応じて管理者が職員へ勧めている。 ・各専門職の研修については全県規模で研修体制が整備されており、積極的な参加により、自己研鑽に努めている。 ・個別の職員に対しては「キャリアビジョン」を作成し、年に2回、評価・見直しを実施している。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・実習生の受け入れについては、少人数ではあるが、県の受け入れ手順に沿って毎年実施している。受け入れの際に、学校と協定を結び、実習生からも個人情報保護に関する誓約書を提出してもらう等の手続きを行い、事前協議や事後の話し合いを持つなど細部への配慮がある。

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	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時のマニュアルについては、非常時・感染症・不侵者・苦情解決など、個々のマニュアルがあり、機能させるための「基本マニュアル」が整備されている。 ・そして、重度障害児の安全を第一に考え、職員は日常的な感染予防に努めている。 ・利用者の安全確保のための取り組みとしては、救命救急の講習を保護者を交えて年1～2回の実施と、地震・火災訓練を実施している。 ・施設内に倉庫（収納）が少なく、利用者から預かっている車いすやバギーが廊下に、またクッションや制作物がフロアの棚に積み上げられている。地震時に危険を伴う可能性があるため、更なる安全な環境づくりに努めてほしい。
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（医療型児童発達支援）

評価項目	第三者評価結果	判断の根拠
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	<ul style="list-style-type: none"> ・施設行事を通じて、近隣保育所や在宅障害児・者の交流を図ったり、地域の公民館祭りに利用者の作品を展示するなど、公民館との交流の機会を得ている。また、苦情解決第三者委員を地域の方に委任しているが地域との相互交流の促進にまでには至っていない。施設の実在意識や社会的役割についてさらに理解を深めてもらう取り組みを期待する。 ・地域生活支援活動として、訪問療育・施設支援を要請に応じて対応している。また、地域療育セミナーも開催している。 ・「ボランティア受け入れマニュアル」を作成し体制は整えているが、ボランティアは受け入れていない。今後は不測の事故や利用者保護者に配慮しつつボランティアの受け入れについて検討してはどうか。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・保育所、行政関係機関、病院等、必要な社会資源をリストアップし、職員間で情報共有している。 ・中部地区保健医療福祉関係機関連絡会に出席し、連携を図っている。 ・保護者、保育所、関係機関を交えて、利用者には年2回の個別支援会議「子育て検討会」を実施し、保育所への通園や就学等に向けて関係機関との連携を図っているが、時に園の意向が充分伝わりきれないという職員の意見もある。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・地域療育担当支援員を中心に地域療育支援事業を展開し、中部圏域の福祉ニーズの動向把握に努めている。 ・障がいに応じた療育相談の展開や外来診療、児童デイサービス事業を実施している。家庭連携保育所訪問や家庭訪問を年一回以上実施している。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継続支援している。 ・当園は送迎バスの運行を実施している。その他の課題として、生活モデルの実践方法、短期入所への要望などがあり、今後の活動に期待する。
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（医療型児童発達支援）

評価項目	第三者評価結果	判断の根拠
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	<ul style="list-style-type: none"> ・基本理念や基本方針に利用者を尊重する姿勢を明示し、組織ミッションには「子ども及び保護者の主体性を引き出す療育・QOLの尊重」を掲げている。職員は人権研修を年3回程度受講し、意識の向上に努めている。 ・利用者のプライバシー保護については、県の条例や規則の他、園独自のマニュアルも整備し、周知を図っている。利用者個々の状態にあわせた環境面の配慮を実施している。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・年2回の保護者との意見交換会や年1回保護者へのアンケートを実施し、出た意見やアンケートの結果について全職員で原因分析し、サービスの改善につなげている。

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。	Ⓐ・b・c	・保護者が安心して相談できるような接遇を心がけており、保護者からも「声をかけやすくなった」との意見があった。 ・毎月15日に「いちごの会」と称した保護者交流会を開催し、その間利用者のサポートや話しやすい環境を整えている。
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・Ⓑ・c	・今年度は第1回目の意見交換会に苦情解決第三者委員が出席し、活発な意見交換がされた。分析・検討が積極的に行われることを期待する。
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。	Ⓐ・b・c	・わかりやすい場所に意見箱の設置があるが意見はない。通常は連絡帳「ぐんぐんノート」を活用し、保護者の悩みや疑問にも迅速な対応をしている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保（医療型児童発達支援）

評価項目	第三者評価結果	判断の根拠
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・Ⓑ・c	・サービスの質の向上に向けて、自己評価を実施し、第三者評価を隔年実施している。さらに指摘事項及び改善事項を把握し、改善に向けての取り組みはある。しかしながら、評価の一連のしくみを組織として定め、職員全体で分析・検討できる体制が充分機能しているとは言えない。 ・職員で共有し、改善計画書として事業報告に相当するミッション工程表の中に中間評価と最終評価を公表している。さらに、積極的な実施状況の評価見直しを望む。
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・Ⓑ・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・Ⓑ・c	・利用者との関わり等のサービスの実施方法については「ご利用のしおり」に記載している。個別のケアには食事・排泄等日常ケアの支援方法が具体的に示されているが、標準的なマニュアルとしての整備が充分とは言えない。 ・全体会議により職員から意見や提案を反映させ、必要に応じた見直しを行っている。また、年度末に次年度の実施方法について見直しをする仕組みになっている。
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。	Ⓐ・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・Ⓑ・c	・利用者に関する情報を個々にファイル化し、利用者一人ひとりのサービス実施状況の記録を療育計画に基づき具体的に記録している。しかしながら、記録にアンダーラインやカラーマーク、メモ的な部分がみられ、整理・保存が充分とは言えない。 ・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基づき管理している。 ・利用者の状況は、職員ミーティング等により職員間で共有を図っている。各職種間と連携して「サポートブック」を作成し、絵や写真によりさらに共有しやすい内容やケア方法の工夫に努めている。
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続（医療型児童発達支援）

評価項目	第三者評価結果	判断の根拠
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。	Ⓐ・b・c	・パンフレット、ちらし、ホームページを作成し、サービス情報を提供している。また、パンフレットは、行政窓口、病院、保育所等に配布し、周知に努めている。 施設見学や利用体験は、希望に対応できるように配慮している。 ・サービスの開始にあたっては、担当者を決め、「ご利用のしおり」に添って説明を行い、保護者の同意を得た上でサービスを開始している。
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。	Ⓐ・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、移行支援者会議を開催し、スムーズにサービスが継続・移行できるよう配慮している。また、サービス終了後の保護者の相談にも適宜対応している。放課後デイサービスの利用にも繋げている。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定（医療型児童発達支援）

評価項目	第三者評価結果	判断の根拠
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	・定められた手順により利用者の身体状況等についてアセスメントし、必要に応じて専門的な検査を行っている。 ・アセスメントに基づき、ニーズを踏まえた課題を文書に明示し、職員と保護者で情報共有している。
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	・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ヶ月に1回評価を行い、必要に応じて見直しを行っている。
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	

II-4 地域との交流と連携（放課後等デイサービス）

評価項目	第三者評価結果	判断の根拠
II-4-1(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-1(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	<ul style="list-style-type: none"> ・放課後デイサービスにおいては、1回の実施時間（1時間）及び開催頻度（月2回）が少ないこともあり、利用者と地域住民との交流行事は特に行っていないが、施設行事を通じて、通園児童やその他在宅障がい児者等との交流を図っている。利用の機会が少ないとはいえ、地域との交流の場を多くする働きかけに努めてほしい。 ・言葉の発音や肢体不自由児の姿勢（ポジショニング）などについて、学校や保育園等からの相談に応じ、言語聴覚士や理学療法士が支援や助言を行っている。また、地域療育セミナーも開催している。 ・「ボランティア受け入れマニュアル」を作成し体制は整えているが、ボランティアは受け入れていない。
II-4-1(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(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-4-1(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-1(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	(a) b c	<ul style="list-style-type: none"> ・保育所、行政の関係機関、病院等、必要な社会資源を把握してリスト化し、職員間で情報共有している。 ・個別支援計画に基づき、学校や関係機関に対し、支援や助言等を行っている。 ・学校や保育所が主催する「支援者会議」で関係機関との連携を図っている。
II-4-1(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-4-1(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-1(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	(a) b c	<ul style="list-style-type: none"> ・地域療育担当支援員を中心として、中部圏域の福祉ニーズの動向把握に努めている。また、そうしたニーズに基づき放課後等デイサービス事業にとどまらず、外来診療や地域療育支援事業も含め事業の展開を図るよう努めている。 ・当園は、短期入所の希望や放課後デイサービスの過ごし方、生活モデルの実践などが課題であると把握しており、今後を期待する。
II-4-1(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（放課後等デイサービス）

評価項目	第三者評価結果	判断の根拠
Ⅲ-1-1(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-1(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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者を尊重する姿勢を基本理念等に掲げている。組織ミッションには「子ども及び保護者の主体性を引き出す療育・QOLの尊重」を掲げている。職員は人権研修を年3回程度受講し、意識の向上に努めている。 ・利用者のプライバシー保護については、利用児童、保護者の気持ち、要望に配慮しながら周知を図っている。利用者個々の状態にあわせた障害者用トイレを選び、環境面の配慮をしている。
Ⅲ-1-1(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-1-1(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-1(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	<ul style="list-style-type: none"> ・年1回の保護者へのアンケート実施など、利用者の満足度やニーズの把握を行っており、アンケートの結果については全職員で原因分析し、サービスの改善につなげる努力をしている。

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。	Ⓐ・b・c	・保護者に安心して相談していただけるような接遇を心がけているが、それ以外に意見箱の設置や年1回の保護者へのアンケートを行っている。また、年2回は意見交換会を開催し、その間児童の遊びやりハピリを支援している。
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・Ⓑ・c	・苦情解決の仕組みは整備され、ポスターやチラシで案内しているが、第三者委員の参加は要請していない。
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。	Ⓐ・b・c	・利用者からの意見等に対するマニュアルを整備し、マニュアルに沿った取り組みを行っている。また、必要時、学校に訪問し、児童の把握をしたり、アドバイスをしている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保（放課後等デイサービス）

評価項目	第三者評価結果	判断の根拠
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・Ⓑ・c	・サービスの質の向上に向けて、自己評価を実施し、第三者評価を隔年実施している。さらに指摘事項及び改善事項を把握し、改善に向けての取り組みはある。しかしながら、評価の一連のしくみを組織として定め、職員全体で分析・検討できる体制が充分機能しているとは言えない。 ・職員で共有し、改善計画書として事業報告に相当するミッション工程表の中に中間評価と最終評価を公表している。さらに、積極的な実施状況の評価見直しを望む。
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・Ⓑ・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・Ⓑ・c	・利用者職員との関わり等のサービスの実施方法については「ご利用のしおり」に記載している。個別のケアには食事・排泄等日常ケアの支援方法が具体的に示されているが、標準的なマニュアルとしての整備が充分とは言えない。 ・全体会議により職員から意見や提案を反映させ、必要に応じた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・Ⓑ・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。	Ⓐ・b・c	・利用者一人ひとりのサービス実施状況は、個人毎にファイルにまとめ、利用者に関する情報を総合的に把握できるよう工夫している。 ・利用者に関する記録については、保管、保存、廃棄等に関する県の管理規程に従い管理している。 ・利用者の状況については、職員ミーティング等により職員間で共有を図っている。
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続（放課後等デイサービス）

評価項目	第三者評価結果	判断の根拠
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。	Ⓐ・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に広報を行っている。また、「パンフレット」や「チラシ」については、役場、病院、保育所等に配布し、周知を図っている。 ・施設見学や利用体験についても、希望に対応するよう努めている。 ・サービスの開始にあたっては、担当者を決め、「ご利用のしおり」を使って説明を行い、保護者の同意を得ている。
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。	Ⓐ・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も適宜対応しており、必要に応じて外来受診を薦めている。 ・サービス終了後の相談体制等その内容を記載した文書の作成や手渡し等、積極的には行っていない。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定（放課後等デイサービス）

評価項目	第三者評価結果	判断の根拠
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	・必要時学校訪問をし、利用者の身体状況や発達状況等についてアセスメントを行い、ニーズを踏まえた課題を文書に明示し、利用は短時間であるが、職員と保護者で情報共有に努めている。
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	・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か月に1回評価を行い、必要に応じて見直しを行っている。装具合わせや診療時間以外のサービスの時間等回数が多い中でも、それぞれの専門分野において見直しをしている。
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報告書 (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します。

A-1 利用者の尊重

評価項目	第三者評価結果	判断の根拠
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。	(a)・b・c	家庭や地域での日常生活に活かせるよう、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、練習している。また、代替コミュニケーションツールの利用に限らず、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んでいる。 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いけるよう、利用者の主体性を尊重し、またそれを促すように支援している。 保護者が児童の状況を説明するための「サポートブック」づくりを積極的に推し進め、他施設を利用する時にわかりやすく伝わるよう、写真を使うなど、丁寧に作成されている。 個別支援計画には、利用者の支援方法が具体的に記録されている。どの状況になったとき、どのように介助するか、誰にもわかるよう書かれており、利用者のエンパワメントが引き出されるよう考えられている。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	(a)・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。	(a)・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。	(a)・b・c	

A-2 日常生活支援

評価項目	第三者評価結果	判断の根拠
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。	(a)・b・c	・本園は通園施設のため、食事は昼食のみの提供となっている。食事は皆成学園内の厨房で作られ、利用者個々の状況に合わせて食事形態を選択し、提供される。 ・利用者の嗜好は、食事の様子、会話で把握されており、毎月皆成学園で行われる給食会議で要望等を伝えている。 ・療育園だけでなく倉吉養護学校の児童の給食も提供され、細やかな献立メニューの提供は難しいが、園には特別に行事食として変化や楽しみのあるメニューを提供してもらっている。 食事前には職員が利用者の手洗いを奨励し、机を消毒するなど衛生管理に心掛けている。また音楽が流れ、利用者は食事に向かう心の準備ができ、保護者と職員に囲まれ楽しく食事が出来ている。
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)・b・c	
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	(a)・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	該 当 な し
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	・利用者一人ひとりにあつた支援方法は、個別支援計画の中に丁寧に書かれており、適切な排泄の支援が行われている。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る。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	Ⓐ . . . c	・肢体不自由児の排泄支援に必要な環境が整備されている。トイレ空間は広く、明るい。冷暖房設備があり、体に合わせた設備が用意されて、プライバシーにも配慮した構造で、清潔に保たれている。
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	該 当 な し
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	・一人ひとりに収納ボックスが提供され、着替えの衣類など保管できる環境が整っている。衣類の汚れに気づいたとき、着替えを必要としたときは、状況に応じて適切に対応している。
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	該 当 な し
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。	Ⓐ . . . c	・昼寝の時間としては設けていないが、食事の後等に午睡を必要としたときは、その都度対応できるよう、寝具、クッションが用意されている。
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利用者及び保護者とかかわり、活動中の子どもの様子に注意を払うと共に、保護者から子どもの様子を聞き取り、心身の健康状態の把握に努めている。
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	・必要に応じて、医師が診察するほか、近くの県立厚生病院と連携し、緊急時には受診できるよう日頃から連携が図られている。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	Ⓐ . . . c	・身長、体重の測定はあるが、健康診断、歯科検診、インフルエンザ等の予防接種は行われていない。 ・持参された薬は、決められた時間に保護者によって服用されている。
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	・登園時等に利用者の希望を聞き、希望に沿うよう行事が企画・実施されている。
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	・天候や季節に応じた外出支援を行っている。

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 · b · c	該当なし
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	該当なし
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	