

播磨地域障害サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : よかさぼ

(児童発達支援・放課後等デイサービス)

評価実施期間 2016年9月14日 ～ 2017年3月31日

実地(訪問)調査日 2016年11月17日

2017年2月8日

特定非営利活動法人

播磨地域福祉サービス第三者評価機構

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 播磨地域福祉サービス第三者評価機構

② 施設・事業所情報

名称：よかさぼ	種 別	児童発達支援 放課後等デイサービス	
代表者氏名：阿部 博美	定員（利用人数）：	10	名
所在地：〒675-0041	兵庫県加古川市西神吉町宮前666-2		
電話 079-432-1350	ホームページ：	http://yokasapo111.jimdo.com/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日： H25年 11月 1日			
経営法人・設置主体（法人名）： 一般社団法人 よかさぼ			
職員数	常勤職員：	4 名	非常勤職員： 4 名
	保育士	1（3）名	運転手 1 名
	児童指導員	1 名	
施設・設備の概要	遊戯室	1 室	（設備等） トイレ 1 箇所
	訓練室	1 室	洗面台 1 箇所
	事務所	1 室	玄関 1 箇所

③ 理念・基本方針

「よかさぼ」では、子どもたちの個々の個性を大切にし、大人になったとき、社会人になった時をイメージし、子どもたちが、この社会に少しでも楽に溶け込めるよう今を大切にしつつ、将来を見越した支援を提供していきます。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 地域密着型（農作物収穫・祭り参加等）
- ・ 自然の中を散策出来る
- ・ 地域の方々の協力が得られる
- ・ 公園が近くにあり、体を十分動かせる環境
- ・ 中庭があり、夏はプール遊び等の室外遊びが出来る

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年9月14日（契約日）～ 平成29年3月31日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	初回（平成 年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- **経営改善や職員の質向上に向けた取組に管理者の指導力を発揮されています。**
毎月、経営状況を把握し、職員体制や業務について検討し、職員に周知されています。職員ひとり一人の面談を年2回行い、自己評価目標を定めて取組結果を確認しながら賞与に反映する仕組みを取られており、職員の質向上に指導力を発揮されています。
- **余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って積極的に地域の社会資源を活用されています。**
地域行事などの情報を提供しアンケートを取って外出する日や場所を決定され、公園散歩やお寺での講話、音楽会やスポーツ大会、稲刈り体験やコスモスまつり等地域行事に参加するなど、積極的に外出活動をされています。

◇改善を求められる点

- **職員の教育・研修計画の充実を図る取組が望まれます。**
年間研修計画を策定し、基本的人権の尊重、法令遵守、個人情報保護規定、感染症、支援方法などを組み入れ、専門性を高める職員教育の充実や定期的な研修が必要です。
- **記録内容の充実と書式の整備が求められます。**
意見や苦情についての話し合いや解決、ケース会議や個別支援計画に基づいた実施記録などを個人記録に記録されていますが、それぞれ、わかりやすい様式を用いた書式作成を検討し、目的に応じた記録の内容や書き方を職員に周知し、指導する取組が望まれます。
- **利用者のプライバシーを守れるような快適な環境の整備が望まれます。**
利用者のプライバシー保護や一人になりたい時に確保するスペースの為、又相談しやすく周りに配慮した空間づくりに更なる工夫が望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

大変、勉強になりました。
わかっていながらも出来ていない事柄や理解出来ていない事柄の多さに反省しつつ、日々の業務に追われ、又忘れていく事の繰り返しの日々の中で、第三者評価の実施にあたり、気合いの入った日々でした。又、明文化する事の難しさを痛快しています。
これからも利用者（児）に対して、支援の質の向上をめざし、地域への感謝の気持ちを忘れずに職員一同、子ども達やご家族方よりよい理解者になるよう日々、努力を重ねたいと思います。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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。

第三者評価結果

※すべての評価細目について、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。	a・(b)・c
<コメント> ○ 職員全体で考えた理念、方針をパンフレットやホームページに掲載し、日々の支援の指針となっています。 ○ 今後は、利用者や家族が理解しやすい内容や言葉の工夫等に期待します。		

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・(b)・c
<コメント> ○ 市の障害福祉課や他事業所との連携を図り、地域福祉の状況や社会全体の福祉の動向の把握に努めています。毎月、利用率や経営状況を把握し、安定した運営を目指しています。 ○ 社会福祉事業全体の動向についての具体的な把握や、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、福祉環境に適応した運営の取組が望まれます。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a・(b)・c
<コメント> ○ 組織体制や業務内容を明確にし、定期的に役員に報告されています。経営状態や運営課題について、職員ミーティングで説明されています。 ○ 今後は、把握した課題を分析し改善に向けた取組が望まれます。		

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
<コメント> ○ 事業所の方針を明確にした中長期計画を確定し、単年度の計画に繋げています。 ○ 中長期計画を更に具体的な内容となるように見直すなど、評価しやすい項目にする取組が望まれます。		

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。	㉑・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 中長期計画の目標を具体化した単年度の計画を策定しています。新事業準備、事業内容、実績の数値化など具体的な内容になっており、実施状況の評価が行われています。 		
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・㉒・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画の策定や評価に当たっては、職員会議で意見や提案を収集し、職員参画の計画づくりが行われています。 ○ 事業計画が、定められた時期、手順にもとづいて評価され、評価結果にもとづいて事業計画を見直す取組に期待します。 		
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・㉓・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画は、広報誌に簡潔に掲載し、利用者や家族に『通信』として知らせています。行事に参加された利用者や家族へは、詳しく説明されています。 ○ 今後は、利用者や家族に事業計画を分かり易く説明した資料を作成し、全利用者・家族に周知する取組が必要です。 		

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・㉔・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 定められた基準に基づいて年に2回、職員の自己評価を行い、支援方法を検討されています。 ○ 今後は、事業所全体の質の向上の為に計画から改善までの一連の仕組み（PDCAサイクル）にもとづく取組を検討し、苦情、事故等に早期対応し、改善につながっていくことが望まれます。 		
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・㉕・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 自己評価表の結果による職員個々の課題は分析しミーティングで検討され、支援内容の改善に向けて取り組まれています。 ○ 事業所全体の評価や課題分析は、今回の第三者評価受審の結果をもとに取り組む予定です。 		

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> ○ 管理者は、事業運営に関する方針を表明し、役割や責任を明確にされ、事故や災害時においても総責任者として職務内容を明確にし、職員に周知されています。 ○ 今後は、事業所内の広報誌などに管理者の役割や責任を表明する工夫が望まれます。		
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。	a・ (b) ・c
<コメント> ○ 管理者は、外部研修や勉強会に参加し、法令遵守マニュアルを作成し職員全員に配布されています。 ○ 遵守すべき法令について、年間研修計画の中に位置づけ、職員の確実な理解への取組が期待されます		
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・ (b) ・c
<コメント> ○ 職員の外部研修への参加を推進し、伝達研修などが行われています。利用者の計画に沿ったサービスの状況を把握し、職員と連携を図りながら質の向上に努めています。 ○ 外部研修や内部研修などを計画的に行えるように、年間研修計画を立案し、職員の教育・研修の充実と継続した取組を図ることが望まれます。		
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) ・b・c
<コメント> ○ 月単位で経営状況を把握し、状況に応じた職員体制の確立や業務改善等を検討し、職員に周知されています。健全な経営を図るために、税理士に相談できる体制が整っています。		

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) ・c
<コメント> ○ 事業所内の職員体制を確立されており、職員の経験によりサービス管理者資格の所得を推進されており、専門職の配置や福祉人材の計画がなされています。 ○ 今後は、人事プランに基づいた人材確保や、育成の実施が望まれます。		

15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・ (b) ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 人事基本方針を明確にし、自己評価にもとづいて職務に関して分析されています。 ○ キャリアパスの明確化や仕組み作りが望まれます。 		
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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員の就業状況はデータ化し毎月把握されています。年に2回の面談を行い、家庭事情を考慮した勤務体制や、ストレスを抱え込まないよう親睦会等の機会を図る等、働きやすい職場づくりに努められています。 ○ 福祉人材確保や、定着の観点に立った職員のモチベーションが上がるような工夫など、継続した職場づくりが望まれます。 		
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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 年に2回、面接を行い職員ひとり一人の自己評価目標を定め、取組結果をもとに賞与に反映する仕組みになっています。 		
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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 期待する職員像は基本方針に明示されており、必要な資格なども明示されています。 ○ 今後は研修計画の充実を図り、事業所内での支援方法の学習会などが定期的に取り組める仕組みが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 各職員の専門資格、習熟度、経験等を把握し、必要な外部研修の参加を勧めています。業務に必要な知識や専門性を高めるための勉強会などを実施されています。 ○ 今後は新任職員や、経験に応じた個別的なOJT（日常業務を通じた職員教育）が行えるような体制づくりが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 実習生の受け入れに対して、実習指導マニュアルを整備し、福祉サービスに係る教育・育成に対する方針や流れ、心得などを明記し、学校側と事前打ち合わせを行うなど積極的に取り組まれています。 ○ 実習生が目標とする資格に配慮したプログラムを準備するなど、更なる取組に期待します。 		

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・ ㉔
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ホームページに事業所の理念・方針や福祉サービスの内容などは公開されていますが、事業計画や事業報告には至っていません。 ○ 今後は、事業計画や決算情報、第三者評価受審の内容、取組の実施状況などを公表されること取組が望まれます。 		
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 ㉕ ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 毎月、公認会計士によるチェックを受け、必要に応じて指導やアドバイスを受けるなど、堅実な経営に取り組まれています。 ○ 公認会計士による指導や指摘事項に関して記録を明確にし、検討、改善、解決に向けた取組が望まれます。 		

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。	a・ ㉖ ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域との関わり方に行いては基本方針に明記し、地域と連携し家族の協力も得てコスモス祭りなど地域でイベントを開催されています。 ○ 今後は、日常的な、個々の利用者のニーズに合わせた、地域の社会資源の活用に期待します。 		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の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・ ㉗ ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ボランティア受け入れに関する、基本姿勢を明文化したマニュアルを整備し、学生ボランティア等の受け入れを積極的に行われています。 ○ 今後は、中学生のトライやるウィークの受け入れ等、教育機関と協力していくことを事業計画に組み入れることを期待します。 		
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。	a・b・ ㉘
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 関係機関の連絡リストを作成し、事業所との情報交換を年3回程度行われています。 ○ 利用者に良いサービスを行うために、地域の関係機関や事業所とのネットワーク作りが望まれます。 		

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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域公民館でイベントや講演を開催し、住民への参加を呼び掛ける等々地域住民との交流を深める取組がなされています。 ○ 事業所の専門性を生かして、地域ニーズに応じ住民が参加できる支援活動の取組に期待します。 		
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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域と連携し、福祉ニーズを把握し地域貢献に取り組みたいとの意向を、管理者よりうかがいました。 ○ 今後は、関係機関との連携を深め、地域での相談支援等の取組に期待します。 		

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・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 理念・方針に利用者尊重に関する内容を明示し、室内に掲示され、職員に周知されています。 ○ 支援マニュアルに利用者尊重の姿勢を具体化するとともに、年間研修計画の中で権利擁護に関する研修を取り入れ、職員全員で学ぶ取組が必要と思われます。 		
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・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者のプライバシー保護についてマニュアルが整備され、ミーティング等で職員に周知が図られています。 ○ 利用者のプライバシーを守れるような、快適な環境の提供には至っていません。今後は、プライバシーを守れる設備の充実などの取組に期待します。 		
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)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ホームページを開設しパンフレット等を公共施設に配布し、利用者希望者に対して必要な情報を提供されています。見学や体験についての希望にも随時対応されています。 		
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・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス開始・変更時には支援計画等で十分説明し、利用者や家族に納得して頂き、利用者の自己決定を尊重し、その内容を書面で残しています。 ○ 今後は、意思決定が難しい利用者への配慮や、説明の手順や方法の工夫について話し合い、職員が誰でも同じ方法で説明できる仕組み作りが望まれます。 		
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・b・(c)
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉事業所の変更や、家庭へ移行された事例は今まではないですが、今後に備えて、サービスの継続性に配慮した手順や引き継ぎ文書を定め、サービス終了後も相談できる担当者や窓口の設置が望まれます。 		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 今年度より毎月、家族に利用者アンケートをとり、利用者懇談会などで利用者満足度に関する聞き取りが行われています。 ○ 利用者満足に関する調査を分析・検討し、検討結果に基づいて改善を行う仕組み作りが望まれます。 		
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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情・相談マニュアルを整備し、苦情があった場合は、苦情内容について解決までの記録を記載し、利用者や家族に迅速に対応されています。 ○ 苦情解決の体制を明確にし、苦情相談内容にもとづき、改善に至るまでの話し合いを記録し、福祉サービスの質の向上に係る取組が望まれます。 		
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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 契約時に相談できる方法や、相談できる相手を選べることなどを説明され、契約書にも明記されています。 ○ 相談や意見を受ける場合には、カーテンを使用してスペースを確保されていますが、話の内容等が聞こえてしまうため、配慮した空間とするには不十分であり、今後、検討が必要と思われます。 		
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・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情・相談マニュアルが整備され、必要に応じて見直しが行われています。受けた相談や意見に対しては迅速に対応する仕組みがあり、意見等に基づいて改善に向けた取組が行われています。 ○ マニュアル等の定期的な見直しが期待されます。 		
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。	a・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事故発生時の対応マニュアルを整備し、ミーティングで事故事例の報告を行い、分析や再発防止策等を検討されています。 ○ リスクマネジメントに関する責任者や、配置等を整備するなど、体制の明確化が望まれます。 		

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・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症マニュアルを作成し、年に1回、見直しを行っています。ミーティング等で感染症予防について勉強会が行われています。 ○ 感染症対策についての責任や役割をさらに明確にし、標準的な感染症に対する知識を広げ、個々の感染症に対する予防法や発生した場合の対応技術を、全職員に周知する取組の充実が望まれます。 		
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やっている。	a・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 災害時のマニュアルを整備し、防災組織図が明記され、職員に周知するように掲示されています。 ○ 防災計画等を整備し、消防署をはじめ、自治会や近隣の福祉関係事業所との連携を図り、協力体制の構築に取り組みられる事が望まれます。 		

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。	a・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 提供されている実施方法（支援方法など）についてはパンフレットなどに明文化されており、標準的な実施方法（マニュアル）は整備されています。 ○ 標準的な実施方法（マニュアル）に利用者の尊重やプライバシー保護に係る姿勢が具体的に明示され、モニタリング等で実施されているかを確認する取組が必要です。 		
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。	a・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの標準的な実施方法（マニュアル）の見直しに関する時期や、方法を定める仕組み作りが望まれます。 		
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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 契約時にアセスメントを行い、教師、支援員、担当者、サービス管理責任者等がケース会議で協議を行っています。利用者一人ひとりの具体的なニーズを明記した個別支援計画が策定されています。 ○ ケース会議やモニタリングなどの内容がケース記録で確認されましたが、分かり易い個別のモニタリング書式を作成することが望まれます。 		

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 (b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個別支援計画の見直しについて手順書を作成し、組織的な仕組みを定めて実施されています。 ○ 今後は、緊急に個別支援計画を変更する場合の仕組み等の整備が望まれます。 		
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、職員間で共有化されている。	a (b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の身体状況や生活状況など、個別の支援の実施記録がケース記録として整備されています。 ○ ケース記録に、個別支援計画にもとづいて支援が実施されていることを記録されていますが、モニタリング様式を定め、サービスの実施内容をまとめていくことで、分かりやすく職員に周知・共有することが望まれます。 		
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・b (c)
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個人情報の取り扱いについて、契約時に利用者や家族に説明されています。 ○ 個人情報保護規定等を理解し遵守できるように、研修を行い個人情報の不適切な利用や対策・方法などの規定を定める取組が望まれます。 		

評価対象A 実施する福祉サービスの内容

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果
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
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-1-(2) 利用者の権利擁護	
A-1-(2)-① 利用者の権利の行使を支援するための具体的な取組を行っている。	a b・c
A-1-(2)-② 虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置、性的いやがらせ等）等の人権侵害について、防止対策を図っている。	a b・c
A-1-(2)-③ 利用者のプライバシー確保のための支援や工夫をしている。	a b c

特記事項

- 意思伝達が難しい方には絵カード使用したり、ジェスチャー等でコミュニケーションを図る支援が行われ、支援マニュアルを作成しています。年齢に応じた言葉遣いにも配慮し、子供一人ひとりの尊厳が守られています。
- 利用者のプライバシー保護や一人になりたい時にくつろげるスペースの確保など、施設の工夫や具体的な取組が望まれます。

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果
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。	非該当
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している。	非該当
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	非該当
A-2-(2) 清潔の保持	
A-2-(2)-① 利用者の意志を尊重しつつ、利用者の個人的事情に配慮した清潔の保持に努めている。	a b・c
A-2-(2)-② 衣類の着替え等が必要な場合の対応は適切である。	a b・c
A-2-(3) 排泄	
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a b・c
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a b・c
A-2-(4) 健康管理	
A-2-(4)-① 日常の健康管理は適切である。	a b・c
A-2-(4)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療を受けられる。	a b・c
A-2-(4)-③ 内用薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a b・c

特記事項

- 健康面に変調があった場合、緊急時マニュアルが整備されており、協力機関と連携し、適切な医療が受けられるように日頃から取り組まれています。
- 今後は、日常の健康管理マニュアルを整備し、利用者の健康管理を適切に行う取組が望まれます。

A-3 社会生活支援

A-3-(1) 余暇・レクリエーション・社会参加	
A-3-(1)-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。	(a)・b・c

特記事項

- 地域行事の情報などを提供し、利用者の希望に応じて行事に参加されています。地域の学生ボランティアの受け入れや、お寺や公園へ出かけるなど、地域資源を積極的に活用されています。
- 個人の意向に応じた社会参加活動を計画中とかがいまして、今後の取組に期待します。

A-4 障害特性支援

A-4-(1) 障害特性支援	
A-4-(1)-① 利用者個々の障害の特性に応じた支援を行っている。	(a)・b・c
A-4-(1)-② 自傷他害等については、その原因の究明除去とともに、適切な対応が行える体制がとられている。	a・(b)・c
A-4-(1)-③ 行動障害のある方への特別な支援を行っている。	a・(b)・c
A-4-(1)-④ 重複障害のある方への特別な支援を行っている。	a・(b)・c
A-4-(2) 家族支援	
A-4-(2)-① 家族に対する支援、助言を行っている。	(a)・b・c

特記事項

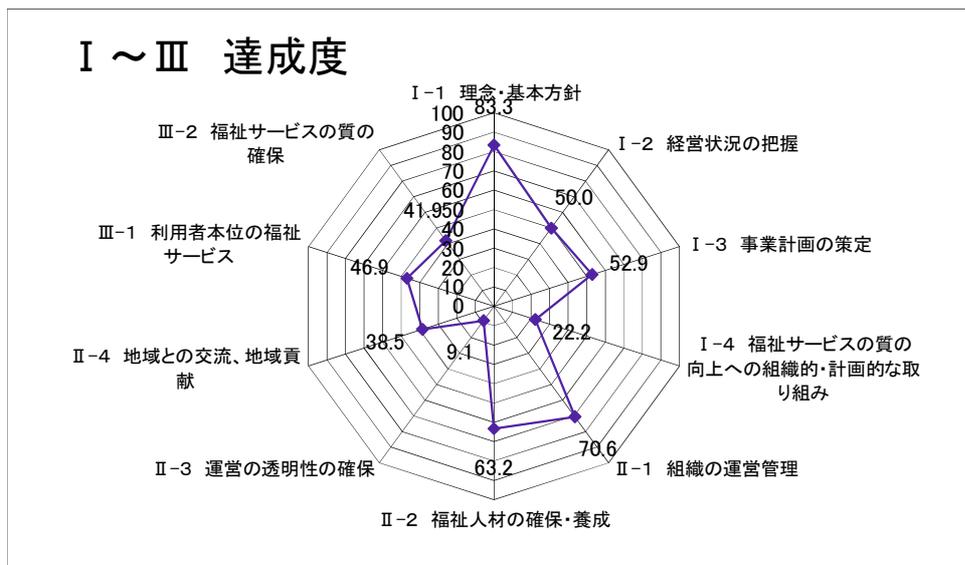
- 利用者個々の障害特性について、外部の講演会や勉強会に参加した内容をミーティングで職員に周知し、個別支援計画の検討する中に支援技術を取り入れています。
- 今後は、行動障害のある方や重複障害のある方に関する、個別的な事例について、定期的に検討を行い、専門性の高さや支援の向上に取り組み、利用者が少しでも日常生活の充実を図る取組が望まれます。

(別紙2)

各評価項目に係る評価結果グラフ

I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	4	50.0
I-3 事業計画の策定	17	9	52.9
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み	9	2	22.2
II-1 組織の運営管理	17	12	70.6
II-2 福祉人材の確保・養成	38	24	63.2
II-3 運営の透明性の確保	11	1	9.1
II-4 地域との交流、地域貢献	26	10	38.5
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	30	46.9
III-2 福祉サービスの質の確保	31	13	41.9
	227	110	48.5



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1-(1) 利用者の尊重	17	11	64.7
1-(2) 利用者の権利擁護	11	5	45.5
2-(2) 清潔の保持	10	6	60.0
2-(3) 排泄	10	8	80.0
2-(4) 健康管理	14	5	35.7
3-(1) 余暇・レクリエーション・社会参加	4	4	100.0
4-(1) 障害特性支援	18	10	55.6
4-(2) 家族支援	3	3	100.0
	87	52	59.8
	314	162	51.6

