

## 福祉サービス第三者評価結果の公表様式〔障害児福祉サービス〕

### ①第三者評価機関名

(福) 静岡県社会福祉協議会

### ②施設・事業所情報

名称：ふれんずつばさ	種別：放課後等デイサービス		
代表者氏名：大塚 信乃	定員（利用人数）：		10名
所在地：静岡県菊川市上平川 87-1			
TEL：0537-73-0151		ホームページ： <a href="http://kusabuenokai.org">http://kusabuenokai.org</a>	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成 25 年 10 月			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人草笛の会			
職員数	常勤職員：	6名	非常勤職員 2名
専門職員	(専門職の名称)	名	
	児童指導員	1.7名	保育士 0.5名
	児童発達支援管理責任者	1名	幼稚園教諭 0.3名
	指導員	1.6名	
施設・設備 の概要	(居室数)	(設備等)	

### ③理念・基本方針

#### 理念

- 1) こどもの発達過程や特性、適応行動を理解したうえで個々の状態に即した発達支援を行う
- 2) 保護者との信頼関係を構築し子どもの発達について相談できる場に努める
- 3) 学校との役割分担を明確にし、効果的な支援が展開できるよう、学校及び関係機関との連携を積極的に図る

#### 基本方針

- 1) 自立支援と日常生活の充実のための活動提供
- 2) 創作活動の提供
- 3) 地域交流の機会の提供
- 4) 余暇の提供
- 5) 親子イベントの推進

### ④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 法人内資源（体育館・グラウンド・楽器・トランポリン等）を有効に活用し、また、パン作り・楽器作りなど就労支援事業のプログラムを活動に利用しています。
- 2) 買物訓練・外出など、地域や社会に繋がる活動を、積極的に提供しています。
- 3) 有償ボランティアを、支援員として積極的に採用しています。  
それにより、子どもたちの障害特性等に応じた、きめ細やかな支援ができています。

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年4月20日（契約日）～ 令和4年1月26日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	0回

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

- ・利用者を尊重した福祉サービスを提供するため、職員倫理綱領等を掲載した小冊子を各職員に配布し携帯させています。利用者尊重の基本姿勢は「業務標準マニュアル」に反映しており、支援に関する職員自己評価も実施しています。
- ・施設長は、法人の研修委員長ということもあって、研修の充実に指導力を発揮し、法人の「キャリアアップ規程」にもとづき、階層別研修等を実施しています。
- ・陶芸や建物の南側の花壇など利用者がより楽しめる工夫が提供されています。
- ・利用者と担当職員が写真入りで掲示されるなど、安心してサービスが受けられる環境です。
- ・部屋はワンフロアで、半円形のテーブルの配置を工夫しており、おやつや食事、遊びなど気の合った仲間と楽しく過ごすことができる環境です。
- ・法人の他の施設の利用や近所の神社や祭りへの参加など、楽しく過ごせる仕組みができています。
- ・利用者に関わる職員、相談員や学校、外部の福祉サービス担当者との合議で個別支援計画を策定し、これにもとづいて一人ひとりの発達過程や心身の状況、利用者・家族の希望などに配慮した支援を行っています。
- ・利用者の年齢に応じた退所後の自立を考慮した支援や、他の福祉サービスとのつながりに配慮した地域生活を継続するための支援を行っています。

### ◇改善を求められる点

- ・中・長期計画を策定していません。
- ・事業計画を利用者や家族等に周知していません。
- ・「コンプライアンス規程」の策定がなく、倫理や法令遵守の徹底に向けた規程の整備（リスト化など）等の取組もありません。
- ・玄関など、利用者や家族が来所した時に目につく場所に、苦情解決の仕組みを説明する掲示物があるとよいです。
- ・意見箱が玄関中央に配置されています。苦情を申し出しやすい工夫が必要です。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価の受審を通し、日頃支援に関わる職員が客観的に自分達の事業所、支援を考える良い機会であったと考えます。

評価結果については、事業所として今後取り組んでいかなければならない運営管理に関わる課題が明確にされたことは真摯に受け止め改善すべく取り組んでいきたいと考えます。また、現場における直接サービスについて（支援について）は日頃より試行錯誤

誤しながら取り組んでいる「利用者の個別支援」について高く評価して頂いたことは、信念を持って取り組んできている自分達の支援の方向性に間違いはなかったと確認することができ、現場に携わる職員にとっては自信に繋がっていると推察されます。今後、この結果に安堵することなく、この評価を維持また向上していくよう、職員一同今後の支援に取り組んで参ります。

⑧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〔障害者・児福祉サービス〕

※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。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態  
 b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態  
 c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

### 障害者・児福祉サービス版共通評価基準

#### 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。	b
<コメント> 理念・基本方針は、広報媒体に適切に記載されている。職員に対し、会議や職場研修等の場で周知に努めているが、周知の取組としては不十分である。また、利用者や家族に対する周知の取組が十分でない。		

##### 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。	b
<コメント> 利用率等の分析を行っているが、社会福祉事業全体の動向についての把握やニーズ等のデータ収集の取組が不十分である。		
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。	b
<コメント> 法人本部が経営分析し、施設においては稼働率を上げるように努めているが、経営課題の改善に向けての具体的な取組がなく、職員周知もしていない。		

##### 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。	c
<コメント> 中・長期計画を策定していない。		

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。	c
<p>&lt;コメント&gt; 中・長期計画を策定していない。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt; 事業計画が職員参画のもとで策定されていない。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt; 事業計画を利用者や家族等に周知していない。</p>		

#### 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。	b
<p>&lt;コメント&gt; 福祉サービスの自己評価は毎年実施しているが、評価を行った後の結果分析、分析内容についての検討までの仕組みが定められておらず、十分でない。</p>		
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。	c
<p>&lt;コメント&gt; 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されているが、評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みが定められていない。また、職員間で課題の共有化が図られていない。</p>		

## 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。	c
<p>&lt;コメント&gt; 施設の経営・管理に関する方針と取組を明確にしているが、管理者自らの役割と責任を職員に対して表明していない。また、有事における管理者の役割と責任や不在時の権限委任等が明確化されていない。</p>		
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。	c

<p>&lt;コメント&gt; コンプライアンス規程の策定がないほか、倫理や法令遵守の徹底に向けた規程の整備等の取組がなく、研修や勉強会への参加もない。</p>		
<p>II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt; 管理者は法人の研修委員長を務め、研修の充実に指導力を発揮し、法人の「キャリアアップ規程」にもとづき、階層別研修等を実施しているが、福祉サービスの質について定期的・継続的な評価・分析を行うための具体的な体制は構築しておらず、福祉サービスの質の向上について職員の意見を反映する取組も十分でない。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	c
<p>&lt;コメント&gt; 経営の改善や業務の実効性の向上に向けた取組については法人主導となっており、施設長としての取組は稼働率を上げることにとどまっている。</p>		

## II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt; 事業計画に人材の確保と育成に関する基本方針が明示され、人員体制等について具体的に検討され、キャリアアップのための階層別研修も実施しているが、効果的な福祉人材確保の取組が十分でない。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt; 「期待する職員像」等を明示し、人事考課制度を職員周知のうえ実施しているが、処遇改善の必要性等の評価・分析や改善策実施、職員の意向の把握なども含めた総合的な仕組みづくりが十分でない。</p>		
<p>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
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組んでいる。	b
<p>&lt;コメント&gt; 人事考課制度で、職員の就業状況や意向の把握にもとづく労務管理に関する責任体制を明確化するほか、個別面談を年2回実施している。また、少人数の事業所の利点を生かし、職員とは日常的に話し合う機会を多く持って、就業状況等の把握をしているが、相談窓口の設置はなく、改善する仕組みの構築も十分でない。</p>		
<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。</p>		
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。	b

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「期待する職員像」等を明示し、「キャリアデザインシート」により目標を明確にする取組を実施しているが、実施の手順は定められておらず、目標管理に関する仕組みが十分構築されていない。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「期待する職員像」および求める知識・技術や専門資格を明示し、年間研修計画にもとづいた研修を実施しているが、計画の評価と見直しが行われていない。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事管理ソフトを利用して、資格の取得状況等を把握しており、階層別研修を実施するほか、職員に適切な情報提供をするとともに研修参加を勧奨している。さらに、「チューター制度」があり、個別的なOJTが適切に行われているが、研修成果の評価・分析が十分でない。</p>		
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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として他事業では実習生を受入れているが、本事業所では実習生の受入れを実施しておらず、体制も整備されていない。</p>		

### 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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに基本方針等を公開し、自治会へは広報物の配布等を通して地域の理解を深めるよう努めているが、ホームページや広報物の苦情公表欄に、本事業所の記載がない。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>取引等に関するルールを含んだ「経理規程」があり、内部監査を実施しているが、事務・経理・取引等に関する権限・責任を明記した職務分掌がなく、外部監査等も実施していない。</p>		

### 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
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

地域との関わり方について基本的な考え方を理念・事業計画に記載している。民生委員が定期的にボランティアとして参加しているが、地域の情報の収集・提供や、地域の社会資源利用の推奨はしていない。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア等の受入れに関する基本姿勢を明文化し、連絡会等への参加を通して学校教育と連携しているが、学校教育等への協力についての基本姿勢を含めた受入れマニュアルの整備がなく、ボランティアに対する研修・支援も実施していない。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談支援事業所等を介して他事業所と情報共有する機会を設けるほか、放課後等デイサービス連絡会に入り、得られた情報を職員で共有しているが、関係機関・団体のリストの作成がなく、社会資源把握の面では十分でない。</p>		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の神社で行われる宮会議に出席している。10年前までは、地域の福祉ニーズ等を把握するための取組を積極的に行っていたが、近年は、理念などで地域支援を謳っていても、具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組には至っていない現状である。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として、「さくら子ども食堂」や独居障がい者へのサポートなどを実施するほか、地域の講演会や学校に講師を派遣している。福祉避難所にも指定されているが、計画等には明示されておらず、地域コミュニティ活性化への貢献の取組も十分でない。</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

		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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員倫理綱領等を掲載した小冊子を各職員に配布し、利用者尊重の基本姿勢は「業務標準マニュアル」に反映している。支援に関する職員自己評価を実施しているが、定期的な状況の把握・評価が行われておらず十分でない。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提	b

	供が行われている。	
<p>&lt;コメント&gt; 職員行動規範の中の「プライバシーの侵害」についての項目に禁止事項が記述されているほか、「日常生活支援マニュアル」に一部プライバシーへの言及があるが、プライバシーマニュアルとしては不十分であり、利用者等への周知の取組もない。ハード面において、プライバシーの保護に配慮したつくりになっている。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt; 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応し、希望者には個別に丁寧な説明を実施している。パンフレットがわかりやすい内容になっておらず、また、公共施設等に置いていない。また、情報提供について適切な見直しを実施されていない。</p>		
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。	c
<p>&lt;コメント&gt; 同意書はあるが、福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたっての組織が定めた様式がなく、利用者や家族等への説明内容が具体的に記録された書面がない。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt; 変更にあたっては、不利益等がないように配慮し、法人内の児童発達支援管理責任者に引き継いでいるが、手順と引継ぎ文書を定めておらず、利用終了時に渡す文書も作成していない。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt; 家族会はないが、毎年、保護者にアンケートを実施し「保護者等向け放課後等デイサービス評価表」にまとめ、これにもとづいて新年度の活動計画を作成している。利用者や家族からの日々の要望は記録され、職員に周知されている。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt; 苦情解決のマニュアルが整備され、受付から解決までの一連の仕組みが確立している。苦情内容及び解決結果等は法人のホームページで公表されているが、本事業所名は記載されていない。苦情解決の仕組みを説明した掲示物がなく、意見箱は他の人の目につきやすい場所にあり工夫が必要である。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

独立した相談室を確保している。普段の会話などから積極的に相談に応じているが、相談方法についてわかりやすく説明した文書を作成していない。		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者や家族からの相談等を積極的に受け入れ、必要に応じて可能な限り早く対応しているが、相談を受けた際の対応マニュアルが整備されていない。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内に事故防止委員会が設置され、本事業所からも委員が参加しており、ヒヤリハット事例や事故報告に対する検討経過が事業所の職員に周知されている。法人としての安全管理マニュアルがあり活用されているが、定期的な評価・見直しが行われていない。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内に保健衛生対策委員会が設置され、毎年感染症に関する研修を実施しているが、本事業所独自の、責任と役割を明確にした管理体制は整備されていない。感染症予防対策マニュアルがあるが、定期的な見直しが行われていない。学校との連携が行われている。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>本事業所独自の避難確保計画が作成され、対応が明確化されている。また、避難訓練の実施や学校との打ち合わせが行われている。食料は法人の備蓄を利用する計画であり、独自のものは整備していない。</p>		

### 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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の日常生活介助マニュアルに利用者の尊重や利用者理解等が明示されている。標準的な実施方法にもとづいた福祉サービスの提供状況を確認する仕組みが十分でない。</p>		
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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の日常生活介助マニュアルには、検証・見直しの記録がなく、施設の特性を踏まえた定期的な検証が求められる。</p>		

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支援計画を適切に策定している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は、児童発達支援管理責任者の責任のもとで、手順を定め、利用者に関わる職員・相談員・学校や、他のサービス担当者との合議で適切に策定されている。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実施状況の評価と見直しに関する手順書はないが、年2回定期的に評価・見直しが行われており、課題・解決方法も記録されている。緊急性のある場合には、都度変更も行われており、変更の内容が計画書に記載され、職員会議で周知して支援を行っている。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みは明示されていないが、決められた書式と手順で福祉サービスの実施状況が整理・記録され、職員会議等で情報共有されている。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者に関する記録は、法人の管理規程にもとづき、鍵のついた書庫で管理されている。個人情報取扱いについては、同意書で許可を得ている。記録管理責任者が設置されていない。</p>		

## 障害者・児福祉サービス版内容評価基準

### 評価対象 A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の主体的な要望を確認し、意思に沿った個別支援が行われている。また、一人ひとりの合理的配慮が、個別支援や取組を通じて具体化されている。法人で人権についての研修も行われている。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内の人権擁護委員会でマニュアルが策定され、職員の理解が図られており、利用者や家族にも説明を行っている。また、虐待防止チェックリストがあり、権利侵害の防止と早期発見に努めているが、本事業所内での権利擁護のための取組について具体的な検討の機会は設けられていない。</p>		

### 評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画にもとづき、一人ひとりの心身の状況や利用者・家族の希望、年齢に配慮した支援が行われている。また、年齢に応じて退所後の自立を考慮した支援や他のサービスとの関わりを確認し繋がりをもった支援が行われている。</p>		
A④	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コミュニケーション能力を高める支援は特には行っていないが、各利用者の能力や伝達方法は職員に周知され、学校とも連携し工夫されている。</p>		
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員との関わりや活動の中で適宜話を聞いたり相談を受けたりするなど、職員が利用者の意思を聞き取って職員会議で共有し、個別支援計画にも反映しているが、定期的な相談の機会は設けていない。行事などでは行き先の説明や選択・決定の支援を行っているが、意思決定の支援についての手順が定められておらず、組織的な取組としては不十分である。</p>		

A⑥	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>平日は短い活動時間であるが、週間のプログラムがあり、個別支援計画にもとづいて本人の希望を取り入れて実施している。一日利用や長期休みの時は、利用時間の長さに合わせて選択式のプログラム等も取り入れ、心身への配慮や希望を取り入れた支援が行われている。</p>		
A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>障害に関する職員研修が行われ、個別支援計画にもとづいて利用者の障害の状況に応じた適切な支援が実施・記録されている。必要に応じて、支援前に職員間の情報共有も行っている。利用者の状況に応じて環境整備や利用者間の関係の調整等が行われている。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者と担当職員の組み合わせ写真が掲示され、安心して過ごせる工夫がされている。テーブルや椅子の配置の工夫で介助を行いやすい配慮をしている。心身の状況に応じた支援内容は個別支援計画に記載されている。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>バリアフリーを意識したつくりになっており、出入口は一カ所で常に出入りの確認ができるよう工夫されている。南側は窓で明るく、適切な空調管理も行われている。思い思いに休息できるようなスペースが少ない。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>療育的にリトミックを行っているが、意図的な機能訓練等はない。今後、地域の医療機関との連携の中で、実施を検討している。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>バイタルチェックなど日々の健康状態の確認や、リトミック・散歩・陶芸など健康の維持・増進のための工夫が行われている。緊急時には法人内の看護師が対応しているほか、基本は保護者に連絡して帰宅することとなっており、本事業所用の緊急時の迅速な対応のためのマニュアルがない。</p>		
A⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	非該当

＜コメント＞		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A13	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
＜コメント＞ 利用者の年齢などから意向による社会参加とまでは言えないが、活動の中で地域の情報を提供し、利用者を選択してもらうなど工夫をして、希望や意向を尊重した支援を実施している。		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A14	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	b
＜コメント＞ 利用者が地域生活を継続するために、日頃の生活の中でのADL維持への配慮のほか、地域との関わりを活動の中に取り入れており、地域の他の障害福祉サービスとの連携も行っている。		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A15	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a
＜コメント＞ 毎日の送迎での会話や連絡ノート、年2回のアンケート調査、個別面談など相談・意見交換できる機会は多く、他機関とも連携して支援を行っている。		

### 評価対象 A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A16	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a
＜コメント＞ 個人の発達過程や適応行動の状況に合わせ、個別・集団活動の中で工夫された支援が行われている。支援プログラムも職員参画による合議で作成され、必要に応じて関係機関との情報共有・連携が行われている。		