

[様式 9 - 1]

## 福祉サービス等第三者評価結果

## 総合評価

受診施設名	障害児通園施設 さつき園	施設種別	児童デイサービス
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

2011年3月24日

総 評	<p>「さつき園」は発達に遅れやつまずき、偏りのある子どもの療育を行う丹後地区初の障害児通園施設として、平成8年に開設されました。</p> <p>母体である「社会福祉法人みねやま福祉会」が積み上げてきたノウハウを生かし、母子通園、個別支援を基本的なスタイルとして、保護者支援を含めた療育を実践されてきました。母子通園という利点を活かし、保護者が家庭で実践できる療育方法のアドバイスや、子どもに障害があるということを受け入れにくい等の困難を抱える保護者への細かな配慮を実践されてきたことが、ヒヤリングより伺えました。</p> <p>今回の調査では、前回の第三者評価受診の結果を踏まえて様々な改善が図られてきたことを確認できました。例えば、卒園児家族との交流を目的とした「OB茶話会」が実施されていました。また、防犯に関することとして、全職員が防犯ブザーを身につけ、外部からの侵入者に対する備えがされていました。そのほかにも目安箱を設置したり、郵送するたよりにアンケートを同封したり、保護者からの意見を積極的に取り入れるための工夫をされています。さらに、保護者同士の交流の場などのイベントや、広報誌の発行など、保護者と事業所の距離が近づく工夫もよくされています。</p> <p>中長期計画の策定では、全職員からの意見聴取をもとにして、3年後、5年後の事業所の目指すべき姿を明確に示していました。全体の職員数が少ないこともあり、意見交換や相談、情報共有等はよくされているように見受けられました。反面、少人数ゆえに休暇をとりにくい状況にあるようなので、今後の一考が必要かと思われまます。</p> <p>高い専門性を期待される事業であるために、今後はますます子どもたちを取り巻く環境変化に対応した取り組みが必要とされていくことでしょう。</p> <p>これまでの高いレベルの専門性に裏付けられた実践を土台に、障害のある子どもたちの未来に寄与するさらなる発展を期待しております。</p>
--------	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p><b>I-3-(2)① 質の向上を目指した管理者のリーダーシップ</b> 新規採用の職員が、早く質の高い支援を提供できるように、全職員が輪番制で講師を務める勉強会が開催されていた。</p> <p><b>II-5-(2)② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保</b> 保護者同伴での利用のため、保護者と密接な連携、交流が行われている。また、共有の休憩スペースに「ちょっと相談申込カード」が用意されている。</p> <p><b>III-3-(2)①</b> <b>障害のある本人(家族)が相談や意見を述べやすい環境の整備</b> 事業所内に「あなたの声を聞かせてください」という目安箱が設置されており、3ヶ月に1度、たよりを郵送する際、目安箱に投函するものと同じ用紙が同封されている。メールや電話での相談にも応じている。</p> <p><b>IV-2-(6)① 余暇・レクリエーションの取組み</b> 休園日に、夕涼み会、運動会、クリスマス会などのイベントを開催している。また、保護者のつながりを持つために茶話会(年3回、OB交流会)や、就学を迎える児童のための「がんばったね会」も実施している。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p><b>II-4-(1)② 緊急時における安全確保のための体制</b> 古い建物であることを考慮すると耐震診断を受けるなどの建物・設備類の必要な対策が不十分である</p> <p><b>III-4-(2)① サービス内容についての定期的な評価</b> 前回の第三者評価受診後、全職員で評価結果を分析し、不十分な点が改善されているが、自己評価が年に一回以上行われていない。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

# 京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

---

## 【障害事業所版】

# 評価結果対比シート

---

受診施設名	障害児通園施設 さつき園
施設種別	児童デイサービス
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」
訪問調査日	2011年2月25日(金)

## I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	A	A
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	A	A
	I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	A	A
		② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	A	A
I-2 計画の策定	I-2-(1) 事業計画の策定について	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	A	A
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	A	A
		③ 事業計画が職員に周知されている。	A	A
		④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	A	A
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	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	A
		② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	A	A
	I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。	A	A
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	A	A

【自由記述欄】	
I-1-(1)	理念や基本方針は広報誌、ホームページに明文化されており、事業所内の事務室や利用者の目に触れやすい場所にも掲示されている。
I-1-(2)	①役員には事業計画、事業報告の説明の際に周知、確認が行われている。また、職員に対しては、事業計画立案時などに確認が行われ、理事長懇談会の際には理事長から直接の説明がなされている。 ②理念、基本方針が重要事項説明書に記載されており、利用者には利用契約時に説明がなされている。また、毎年行われる利用契約更新の際にも理念、基本方針の周知、確認が行われている。
I-2-(1)	中長期計画は今後取り組むべき行動の流れがわかりやすく、具体的に示されており、5年後に建物を新築または改装するなど、現在の課題を踏まえた内容となっている。また、毎年1月に事業所年度目標、事業計画策定会議を開くことが決められており、法人理事長のコミットメント(果たすべき約束)をもとに、全職員参加で年度事業計画が策定されている。策定された年度事業計画は6ヵ月に一度、振り返りの機会が持たれており、その結果は理事会に報告されている。
I-3-(1)	①「職務基準書」等で明示されている。 ②「法令遵守規定」(行動規範)に、リスト化されている。
I-3-(2)	①新規採用の職員が早く質の高い支援を提供できるよう、全職員が輪番制で講師を務める勉強会を開催するなど、管理者がリーダーシップを発揮し取り組まれている。 ②管理者は職員のコスト意識を高めるために、全職員がそれぞれに科目を分担して予算の積算表を作成し、執行記録をつける取り組みがされている。

## II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
II-1 経営状況の把握	II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	A	A
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。	A	A
II-2 人材の確保・養成	II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。	A	A
		② 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	A
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	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	A
		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	A
		③ 定期的な個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	A	A
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	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	A	
	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	A	
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	① 社会福祉に関する資格取得のための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、積極的な取り組みをしている。	A	A	
		A	A	
II-3 個人情報の保護	II-3-(1) 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	A	A
II-4 安全管理	II-4-(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	B	B
		② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	B	B
		③ 障害のある本人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	A
II-5 地域や家族との交流と連携	II-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	B	非該当
		② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。	B	B
		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。	B	A
	II-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	A	A
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	A	A

【自由記述欄】				
II-1-(1)	① 地域における支援の必要性が感じられる児童の状況をまとめたデータが、市の保健師より提供されている。法人内の自立支援プロジェクトより、地域の障害者福祉ニーズの把握に努めている。			
	② 利用者の推移や利用率の分析に基づいて利用見込みを算定し、それをもとに予算請求して補助金の交付を受けている。また、職員一人ひとりが科目を分担して予算作成から執行の記録までを行っている。			
II-2-(1)	① 「役割資格等級基準」が全職員に配布され、それぞれの職階に応じた権限と責任、また組織上の役割や求められる成果が明示されている。また、年に2回、施設長による職員の人事考課面接があり、各職員のキャリアアップに関する希望を把握する機会がもたれている。中長期計画に人材管理に関する計画が盛り込まれている。			
II-2-(2)	① 勤務表をもとに職員の就業状況を把握し、課題については職員会議を開いて改善に向けた取り組みが行われている。			
	② 法人が民間社会福祉施設職員共済会に加入しており、付帯サービスの健康相談やセカンドオピニオンを受けられるなど、職員の福利厚生に努めている。			
II-2-(3)	①② 「職員研修計画」「職員個別研修計画」が整えられており、職員一人ひとりにシートが作成され、それぞれの職員が受講した研修の履歴も一覧できるようになっている。			
	③ 研修に出席した職員はレポートを作成し、事業所内で報告を行っている。また、研修内容をわかりやすくまとめ、利用者向けのたよりに掲載している。			
II-2-(4)	① 実習生の受け入れについては「実習生の受け入れについて」に基本姿勢等が明示されている。			
II-3-(1)	① 個人情報保護に関する規程が策定されている。			
II-4-(1)	① 消防署への通報訓練などを含めた避難訓練が実施されている。			
	② 古い建物であることを考慮すると耐震診断を受けるなどの建物・設備類の必要な対策が不十分である。			
	③ 「ヒヤリハット報告シート」が作成されており、活用されている。また、「遊具を使用する際の配慮事項一覧」が整えられている。			
II-5-(1)	① 利用者は保育所や幼稚園、小学校との並行利用で週に一度、半日のみの利用となっており、また遠方からの利用者が多いため、利用者と事業所所在地域との交流を促進することが重要とは考えられないため、非該当とする。			
	② 保健師や保育士を対象に実践報告会が開催されている。しかし、地域住民とのコミュニケーションが不十分である。			
	③ 「ボランティアの受け入れについて」といったマニュアルや誓約書、「ボランティア活動中のお願い」といったボランティアが守るべきルールが整えられている。			
II-5-(2)	① 日頃より、保健師等の関係機関との連携が図られている。			
	② 保護者同伴での利用のため、保護者と密接な連携、交流が行われている。また、共有の休憩スペースに「ちょっと相談申込カード」が用意されている。			

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 サービス開始・継続	Ⅲ-1-(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	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	A
		② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	A	A
	Ⅲ-1-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。	A	A
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	A	A
	Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行われている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	A	A
	Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行われている。	① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。	A	A
	Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	A	A
② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。		A	A	
③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。		A	A	
Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	A	A
		② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。	A	A
	Ⅲ-3-(2) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	A	A
		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。	C	A
		③ 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。	A	A
Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-(1) サービスの一定の水準を確保するための実施方法が確立されている。	① 提供するサービスについて一定の水準を確保するための実施方法が文書化されサービス提供されている。	A	A
		② 一定の水準を確保するための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	A
	Ⅲ-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。	① サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。	B	B
		② 評価の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施している。	B	A

#### 【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)	① ホームページやパンフレットを通じて、事業所の情報が提供されており、役所に置かれている「福祉サービス事業所ガイドブック」にも事業所の事業内容が掲載されている。また、事業所のパンフレットを地域の保健師が携帯しており、必要に応じて事業所の紹介がなされている。
	② 文字や言葉ではわかりにくい児童のために、提供されるサービスの内容が事前見学や体験利用を通じて理解できるように配慮がなされ、契約時に改めて重要事項説明書等の資料を用意して説明が行われている。
Ⅲ-1-(2)	① 利用者が就学するためにサービスの利用を終了するときや、他の事業所に移るときには必要に応じて書面と口頭で引き継ぎが行われている。また、就学によってサービスの利用を終了した利用者に対してOBの集まりが実施されている。
Ⅲ-2-(1)	① 聴き取りによって「プロフィール」を作成し、それに基づいて支援計画が作成されている。また、6ヶ月ごとに発達検査が行われ、利用者の状況が把握されている。
Ⅲ-2-(2)	① 利用者、保護者の意向を尊重した個別支援計画が策定されている。
Ⅲ-2-(3)	① 6ヶ月に一度、個別支援計画に基づいて利用者、保護者とともに進捗状況の確認が行われている。
Ⅲ-2-(4)	① 「療育記録」が整備されている。
	② 「文書取扱規則」「個人情報管理規定」があり、施設長が個人情報管理責任者として定められている。
	③ 日録への記載や申し送り時の報告を通して利用者の情報共有がなされている。また、ケース記録などの情報はパソコンのネットワークを利用して全職員が閲覧可能となっている。
Ⅲ-3-(1)	① 個別支援計画の見直しの際、家族からのニーズの聴き取りが行われている。
	② 保護者からの意見や要望を聞き、ケース会議にて検討されている。
Ⅲ-3-(2)	① 事業所内に「あなたの声を聞かせてください」という目安箱が設置されており、3ヶ月に1度、たよりを郵送する際、目安箱に投函するものと同じ用紙が同封されている。メールや電話での相談にも応じている。
	② 年度初めに『「苦情申出窓口」の設置について』を通して利用者に案内されている。事業所廊下に文書の掲示も行われている。苦情の公表については、人物が特定されやすいため、実施しにくい状況がある。
	③ 「意見対応マニュアル」に基づいて対応がなされている。
Ⅲ-4-(1)	① 「業務マニュアル」「個別指導マニュアル」が整備されている。
	② 「各計画書やマニュアルの見直し、評価、検討についての点検表」が整備されている。前回の受診後に改善が図られ、マニュアルに関する検討会議が開催された。
Ⅲ-4-(2)	① 前回の第三者評価受診後、全職員で評価結果を分析し、不十分な点が改善されているが、自己評価が年に一回以上行われていない。
	② 「課題達成に向けたアクションプラン」に基づいて改善が行われている。

#### IV 障害のある本人を尊重した日常生活支援

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-1 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	① 障害のある本人を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。(プライバシーへの配慮)	A	A
		② 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	A
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。		非該当
IV-2 日常生活支援	IV-2-1 清潔・みだしなみ	① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。		非該当
		② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	A	A
		③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。		A
	IV-2-2 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。		A
		② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	A	A
		③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	A	A
	IV-2-3 食事	① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	A	A
	IV-2-4 日中活動・はたらくことの支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。		非該当
	IV-2-5 日常生活への支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。		非該当
		② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。		非該当
	IV-2-6 余暇・レクリエーション	① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇・レクリエーションの取り組みを行っている。	A	A

#### [自由記述欄]

IV-1-1(1)	①倫理綱領が整備されている。プライバシーの保護については、利用者一人ひとりに対して、利用者の写真を撮影することや撮影した写真の使用、また利用者の個人情報を知り得る実習生やボランティアとの関わり、見学の受け入れについて、それぞれの項目ごとに同意の可否が書面で確認されていた。
	②サービス利用時に同伴している保護者の協力を得て、本人の意志を最大限に汲み取る努力がなされている。また、コミュニケーションには絵カードなどが積極的に活用されている。
	③サービス利用者が児童であり、また週に一回、半日の通所であるため、本人による自治会や保護者による家族会を組織することはできないと判断し、非該当とする。
IV-2-1(1)	①入浴に関する相談に対応している。
	②衣服にこだわりがある等の相談に対応している。
	③散髪をいやがる等の相談に対応している。
IV-2-2(2)	①就寝時間が遅い等の相談に対応している。
	②職員会議にて月に一度検討が行われており、保護者からの求めに応じてオマル等を設置するなどの配慮が行われている。また、家庭での排泄に関する相談にも応じている。
	③保護者からの相談に対応している。
IV-2-3(3)	①日頃のサービスでは食事の提供が行われていないが、行事の際にはアレルギーのある利用者に配慮を行い、職員が食事を作って提供している。また、日常的に食事に関する相談に対応している。
IV-2-4(4)	①設問で求められている内容と療育機関としての事業所の性質が違うため非該当とする。
IV-2-5(5)	①児童が利用する事業所のため非該当とする。
	②設問で求められている内容が療育機関としての事業所に求められるものではないため非該当とする。
IV-2-6(6)	①アンケートを通じて、利用者の希望を取り入れながら、多様なレクリエーションや行事が企画されている。