

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	いづみ児童デイサービス きづ第二	施設 種別	知的障害児施設
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」		

平成26年1月7日

総 評	<p>養護学校卒業後の進路保障という家族のねがいによって「いづみ共同作業所」の開所から始まった「社会福祉法人いづみ福祉会」は、現在、南山城地域の障害を持つ方々の地域生活を支える中心的な存在になっています。</p> <p>児童デイサービス事業所は、障害のある学齢期の子供達にとって、年齢に応じた長期休業日や放課後の過ごし方の支援の充実が大きな課題となっていたことに対して行政や関係者の大きな期待があり、現在3つの事業所が運営されています。</p> <p>「児童デイサービスきづ第二」は中学・高校生に特化した放課後デイサービスとして立ち上げられました。現在は3カ所の児童デイサービス事業を運営する中で、加茂・木津・きづ第二の職員が毎日朝礼を行い、時間を掛けさまざまな事柄について情報交換と協議が丁寧に行われています。</p> <p>中高生には小学生とは違った対応が求められ、その中でも卒業後の新しい社会という集団に入ることを前提に自分の意見を伝える力を育てる基本方針を柱に支援がされています。その支援の在り方として、発達の視点を持つことによって、より児童に寄り添える支援をしていきたいということでした。その為に職員の研修や専門職資格取得に対しては積極的な考えを持っています。職員一人ひとりに理念や運営方針に沿った目標や自己啓発などを載せたチャレンジシートを書かせ、半期ごとに面接を行っておられる事は大変評価できます。今後は一人ひとりの研修計画とリンクさせて評価できるシステムを作られると尚充実すると思います。</p> <p>支援の質に関しては、チェックシートを用いての定期的な具体的対応の見直しを行っています。このことは常に支援の質の向上を求める姿勢と感じられます。ただ、内部のチェックシステムのために外部の意見や知見が取り入れられていない、そのようなシステムになっていないことをお聞きしました。今後はスーパーバイズ等を外部から取り入れ、児童一人ひとりの発達や障害の特性等を探り、よりよい支援につながるような取り組みが期待されます。そのような取り組みが今まで以上に児童に寄り添った支援、質の向上につながるのではないかと思います。</p> <p>また、学齢児の支援は、学校との関係は切り離すことはできません。予定として近いうちに支援学校との具体的な連携が始まるとのことですが、学校に積極的に働きかけ、個別教育計画と個別支援計画の整合性を図っていくことが児童の支援にとっては不可欠ではないかと思われまます。</p> <p>これからも発達に課題のある中高生の放課後支援の中心的存在として、ご活躍されることを期待いたします。</p>
--------	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>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リーダーシップを発揮している。 日々の児童の記録方法を工夫することで記録の時間短縮に繋がったり、法人の他の児童デイサービス事業所と連携を取り、職員の配置や児童の送迎を合同で行うことで業務の効率化を図っています。</p> <p>II-4-(1)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。 毎朝の朝礼で時間をかけて事故の検討を行い、対策を協議しています。また、職員全員に周知を図るため、出勤簿に事故、ヒヤリ・ハット報告を添付しています。</p> <p>II-5-(2)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。 支援学校と事業所の取り組み内容を知りあうための勉強を企画し、相談支援事業所、学校、他事業所と連携を密にしながら支援しています。</p> <p>III-2-(4)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。 日々の児童の記録は、個別支援計画に基づき、記録すべき事項・内容を明確にし、記録の内容に一貫性が保たれる工夫がされています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>I-2-(1) 事業計画の策定について 事業計画は策定されていますが、職員参画による評価や見直しが出来ていませんでした。また、家族への周知も不十分でした。 中・長期計画は策定されていません。</p> <p>II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 児童数の増加が見込める地域を把握し、児童発達支援事業や放課後デイサービス事業展開の計画や構想はありますが、法人全体の計画の中に具体的な計画として策定されていません。</p> <p>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。 チェックシート(チャレンジシート)を使用し、6ヶ月ごとに職員一人ひとりの業務の見直しが行われていますが、第三者からのサービス評価等を受けていません。</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	いづみ児童デイサービスきづ第二
施設種別	知的障害児施設
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	2013年11月25日

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。	c	c
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。	c	c
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	b	b
		③ 事業計画が職員に周知されている。	b	b
		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。	c	c
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。	b	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。	c	b
	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。	b	b
		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。	b	a

[自由記述欄]				
I-1-(1)	①理念が明文化され、事業所内に掲示、パンフレットにも掲載されている。 ②基本方針が明文化され、役職別業務内容にも明記されている。			
I-1-(2)	①理念や基本方針を年度初めの職員会議で職員全員に伝え、それを達成するための役割別業務内容を職員全員に配布している。 ②本人、家族には理念や基本方針を配布および説明を行っていない。			
I-2-(1)	①中、長期計画は策定されていない。 ②事業計画はあるが、評価、見直しなどを職員参画にて行っていない。 ③年度当初の職員会議においてパートを含む全職員に事業計画の説明を行っているが、理解を促すための工夫が不十分である。 ④事業計画を本人や家族に配布、説明されていない。			
I-3-(1)	①管理者の責任を役割別業務内容で明確にし、職員全員に配布している。 ②管理者は法令遵守の研修や勉強会に参加しているが、リスト化や職員への周知は不十分であった。			
I-3-(2)	①管理者は質の向上について、職員一人ひとりに「チャレンジシート」を書かせ、評価を行うなどリーダーシップを発揮しているが、サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行う事が不十分であった。 ②記録の改善や送迎の連携など業務の効率化ができる体制を構築している。			

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。	b	b
		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。	b	b
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。	b	b
		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。	b	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。	b	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。	c	b
		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。	c	b
	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。	b	b
		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。	c	b
		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。	c	b
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。	c	b	
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。	b	b
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。	c	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。	c	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。	c	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	b
		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。	c	c
		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。	c	b
	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相談支援事業所と連携してサービスのニーズやデータ等把握しているが、中・長期計画が作成されていない。 ②経営状況や改善すべき課題について取り組みを行っているが、中・長期計画に組織的に反映されていない。
II-2-(1)	①人事管理に関する方針が組織として確立されていない。 ②職員の就業状況や意向を把握し、管理職会議等で分析・検討している。
II-2-(2)	①定期的に面接等で、職員の相談を聴く仕組みはあるが、外部のカウンセラーなどの専門家の紹介はない。 ②臨床発達心理士や介護基礎講習の資格取得について資金面の援助をしているが、求める職員像を明記した中・長期計画がない。
II-2-(3)	①職員ひとり一人の技術水準や必要な専門資格などの把握は出来ているが、一人ひとりの研修計画は策定されていない。 ②研修を終了した職員が発表する機会を設けているが、研修計画への反映がなされていない。
II-2-(4)	①実習生を受け入れ、学校側と連携をしているが、受け入れにあたっての基本姿勢の明文化等はない。
II-3-(1)	①利用者・家族から契約書に個人情報利用に関する同意書を記入してもらっているが、個人情報保護に関する規定がない。
II-4-(1)	①緊急時のマニュアルがあり、研修も行っているが、安全管理に関する担当者が決まっていない。 ②避難訓練は行っているが、地域と連携した災害対策は未整備である。 ③毎朝の朝礼で事故の検討・対策を協議している。職員全員に周知を図るため出勤簿に事故・ヒヤリ・ハット報告を添付している。
II-5-(1)	①地域のゴミ拾いや掃除活動を実施している。餅つきを行い地域の方を招待している。地元の自治会には加入していない。 ②地域への還元については現在行われていないが、保護者向けの講演会の予定がある。 ③常時ボランティアの受け入れはあり、研修も行っているが、マニュアルがない。
II-5-(2)	①相談支援事業所、学校、他事業所と連携を常に意識し、情報交換している。 ②送迎時家庭との情報交換に努めている。また、個別援助計画を立てるときは面談を行い、その他必要時は家庭訪問等で随時相談・援助を行っている。

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	b	
		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 サービス開始・継続	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。	b	b	
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。	b	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。	b	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。	b		b		
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。	b		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。	b	b	
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。		b	b		
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。		c	b		
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為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為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	b	a	
		② 一定の水準を確保する為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。	b	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。	c	b	

[自由記述欄]				
Ⅲ-1-(1)	①ホームページやパンフレットでサービス内容の情報提供しているが、公共施設等にパンフレットを配置するなどはされていない。 ②言葉や文字が理解しにくい利用者に対して、提供されるサービスを体験、見学を通して理解できるようにしている。保護者に対しては契約時に重要事項説明を行い、サービスに関する同意を得ている。			
Ⅲ-1-(2)	①サービス提供終了時や他事業所への移行に際し、口頭での引継ぎは行われているが、文書での引継ぎが行われていない。			
Ⅲ-2-(2)	①利用者、保護者の意向を把握し、個別支援計画を策定し、同意を得て支援の実施が行われている。			
Ⅲ-2-(3)	①6か月ごとに保護者との面談を行い、個別支援計画の進捗状況の確認が行われている。			
Ⅲ-2-(4)	①利用者一人ひとりのサービス提供に即した記録が整備されている。 ②記録の開示、保管、保存、廃棄に関する規程等は定められているが、記録管理責任者が規程等に明文化されていない。 ③毎日、全職員で朝礼にて利用者の情報共有がされている。			
Ⅲ-3-(1)	①利用者のニーズを目指す姿勢が事業計画書に明示され、定期的な保護者との面談によりニーズの聞き取りが行われている。 ②利用者に対してプログラムが選択できるように聞き取り等がされている。 ③苦情解決マニュアルが意見、要望等に対応するマニュアルにもなっている。意見、要望等の受け付け、解決等の手順が文書化されていない。			
Ⅲ-4-(1)	①業務マニュアルが整備されている。 ②職員自らの振り返りのためのチェックシートにより、6ヶ月ごとにサービスについての見直しが行われている。			
Ⅲ-4-(2)	①自己評価は行われている。第三者の意見、助言を求めるシステムがない。 ②事業計画の説明を受け、職員が具体的な取り組み目標を立て定期的に自己評価する仕組みがある。			

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)	c	b
		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。	c	b
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。	c	a
		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。	c	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。	c	a
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	c	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。	b	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。	c	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。	b	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。	b	a
	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常生活を送ることへの支援の取り組みを行っている。	c	a
		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。	b	b
	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。	b	a

【自由記述欄】

IV-1-(1)	①活動内容の希望を聞いて実施している。自治会や家族会はない。 ②発声に課題のある利用者には、コミュニケーションボードを利用した取り組みがなされている。支援学校の教員とケース会議などで情報交換をしている。 ③活動内容についての希望を聞いて活動を行っている。自治会、家族会はない。
IV-2-(1)	①課題のある利用者には、必要に応じて個別にシャワーにて対応している。 ②冬でも軽装のこだわりのある利用者には、障害特性に合わせた対応と家族に対する助言を行っている。 ③障害の特性などにより、理美容に課題があると思われる利用者には、必要に応じて家族と連絡を取り合い、対応している。
IV-2-(2)	①活動中に居眠りがみられるなどの睡眠状況に問題があると思われる利用者には、家族に連絡を取り対応している。 ②排泄について課題のある利用者には、家族との連絡を取りながら対応している。 ③服薬等の医療的配慮の必要な利用者には家族との連絡や必要に応じて医療機関より情報を得ている。
IV-2-(3)	①日常的には食事の提供をしていないのでこの項目は非該当であるが、学校が長期休暇時には、利用者自ら調理する機会をもうけている。
IV-2-(4)	①活動メニューに、封筒の封入作業などを取り入れている。金銭の使用に対する支援も行っている。
IV-2-(5)	①金銭管理の支援の一環として小遣いを自分で稼ぎ、自分で使う自発的な支援を行っている。 ②相談事業所と連携して、ガイドヘルプの利用などの提案をしているが、不十分である。
IV-2-(6)	①活動内容を自主的に決めるような取り組みも行っている。農作物を自分で育て、食材として食べる等の自主性を重んじた取り組みをしている。