

[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	放課後等デイサービスきりん	施設種別	放課後等デイサービス
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

令和5年11月29日

総 評	<p>特定非営利活動法人 朔日の会は、平成25年2月に設立され、城陽市や精華町、八幡市で、生活介護、グループホーム、相談支援の各事業を運営されています。</p> <p>法人の理念である「人は人との関係性の中で育つ」を軸として、利用者や家族の支援を行うことにより、地域社会の平和と市民の幸福に繋がることを目指しておられます。</p> <p>当事業所は、平成25年5月に、法人内で最初の事業所として設立されました。設立の際から今日に至るまで、地域との関係性に十分に配慮されてきました。</p> <p>現在、小学1年生～4年生までを対象として、定員10名で運営されています。小学校が終わってから自宅に帰るまでの時間を、ただ預かるだけではなく、療育を目的に対応しておられます。利用中の児童の様子を見ることができましたが、玄関を入ってきた時から、大きな声で挨拶をして、調査員に対しても元気よく声をかけてくれる児童が多く、印象的でした。また、勉強や遊びなど、一人ひとりの状態に合わせて、職員が対応されている様子も拝見することができました。</p>
特に良かった点(※)	<p>○事業計画 法人と事業所で、別に事業計画を作成されています。法人の事業計画は年度方針が掲げられ、各事業所の稼働率目標や職員配置数の検討、法制度の変更に伴う事業展開、職員に対する研修などを記載し、職員に周知されていました。事業所の事業計画は、法人の事業計画を踏まえ、前年度の事業計画の評価を職員が参加して行い、その内容も取り込んで作成をされていました。また、行事計画や職員研修として一つの表にわかりやすくまとめておられます。</p> <p>○適切なサービスの実施 アセスメントやモニタリングについて、独自の様式を使用して利用者の状態を把握されています。アセスメントの内容や相談支援専門員が作成した計画書の内容を踏まえて、個別支援計画を作成され、その計画に基づいてサービスの提供が行われているのかを、課題整理総括表において16項目に分けて記載し、一人ひとりの課題から対応方法までを検討されています。</p> <p>○自己評価 事業所の自己評価を年1回実施されています。全職員が行い、管理者がまとめてからスタッフ会議等で確認を行い、評価しています。大きな項目として「環境・体制整備」「業務改善」「適切な支援の方法」「関係機関や保護者との連携」「保護者への説明責任等」「非常時等の対応」の6つに分け、各項目にはそれぞれ約10のチェック項目を設けて具体的に評価をされています。また、現状の確認と課題抽出、改善目標などを項目ごとに記載し、今後の対応がわかりやすくなっています。この結果については、ホームページで公表されています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○職員育成 期待する職員像などについては行動規範等に明記され、職員に周知していますが、キャリアパスの策定や個人目標の設定のための面談などは実施されていません。定期的に職員面談を行い、職員個人の目標の設定、進捗確認、評価を行い、文書化することで、職員がこの一年の間に達成すべき目標を意識することができ、それが個々の成長につながると考えます。</p> <p>○事故発生時のマニュアル 業務マニュアルや感染症、苦情対応などの各種マニュアルについてはわかりやすく策定され、活用されていることを確認しましたが、事故対応についてのマニュアルは確認できませんでした。送迎時の交通事故などに関するフローチャートなどは作成されていますが、利用者対応中に発生した転倒事故などへの対応について、明文化されていませんでした。事故が発生した際の報告書の作成はされていませんでしたので、事故発生、対応、要因などの分析、対策の検討、保護者への説明などについての対応方法をマニュアル化することで、職員が事故対応を行う上で、必要なことをもれなく行うことができるのではないのでしょうか。</p> <p>○地域との関わり 事業所設立以降、地域の方に対して障害者を正しく理解をしてもらえるように努力をされていたことを確認しました。今後については、事業所を利用している方と地域住民が交流する機会を持つことができるように、事業所の情報や事業所を利用されている方についての特性などを地域に向けて、講演会や勉強会などを開催するなどの検討をお願いします。</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	放課後等デイサービスきりん
施設種別	放課後等デイサービス
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	2023年8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	通番	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・周知されている。	1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	b

[自由記述欄]

1. 職員に対しては、採用時やスタッフ会議などで、法人の理念や基本方針、それらに基づき制定している行動規範を周知しています。理念、基本方針についてはホームページで周知しています。しかし、利用者が理解しやすいようなわかりやすい資料の作成はしていません。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-2 経営状況の把握	I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	2	① 法人として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	a
		3	② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a	a

[自由記述欄]

2. 城陽市の自立支援協議会の療育部会に参加して、福祉サービスのニーズなどを把握しています。以前、行政機関に勤務していた職員を通して、社会福祉事業の動向について把握しています。それらの情報を事業計画に反映させています。
3. 経営状況や改善すべき課題などについては、同法人の全事業所の管理者が参加する管理者会議で共有しています。管理者会議で共有した内容は、スタッフ会議で職員に周知しています。改善に向けた取り組みとして、他の事業所と協同して、新たな事業所の設立などを行っています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-3 事業計画の策定	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	① 法人として中・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	a
		5	② 中・長期のビジョンを踏まえた単年度の計画が策定されている。	a	a
	I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	6	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	a
		7	② 事業計画は、障害のある本人等に周知され、理解を促している。	c	c

[自由記述欄]

4. 理事長や理事、管理者会議の参加者により、中長期ビジョンを作成しています。中長期ビジョンには、経営方針や運営方針に基づき、各事業所の設備関係や新たな事業所の立ち上げ計画などを明確にしています。
5. 事業所の事業計画は、法人の事業計画や中長期ビジョンに基づき、単年度の年度方針を掲げて作成しています。また、明確な目標とするために重点目標を3点に絞り、それぞれに対して実施時期や頻度を決めています。
6. 事業計画の作成にあたっては、前年度の事業計画の評価を正規職員が参加するスタッフ会議で行い、反映しています。年度当初のスタッフ会議において、非正規職員も含めて全職員に対して、配布し周知しています。10月頃に半期の評価を行い、計画の進捗状況を確認しています。
7. 事業計画を利用者や保護者に周知していません。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	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	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	b
		9	② 評価結果に基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	a

[自由記述欄]

8. 業務改善や適切な支援の提供、関係機関や保護者との連携、説明責任、非常時対応などについて細かく項目を定め、全職員が参加し、年1回自己評価を行っています。また、課題に対して改善目標や方法も検討しています。その結果は、ホームページで公表しています。第三者評価の受診は今回が初めてです。
9. 自己評価を行い、その内容を文書化してホームページで公表しています。内容としては、43項目の評価と現状の把握を行っています。課題がある項目については、改善目標や方法を細かく検討して記載しています。

Ⅱ 組織の運営管理

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ	Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	10	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	a
		11	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	a
	Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	12	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組にリーダーシップを発揮している。	a	a
		13	② 経営の改善や業務の実行性を高める取組にリーダーシップを発揮している。	a	a

[自由記述欄]

10. 管理者の役割と責任については就業規則や役割定義、業務分掌に明記しています。職員に対してはスタッフ会議などにおいて説明を行い、業務分掌を職員室に掲示しています。管理者不在時は、主任から副施設長に報告が上がり対応するように決めています。
 11. 事業運営に直接関係している障害者総合支援法以外の労働関係や交通関係などの法令に関しても、細かくリスト化を行い、スタッフ会議やその他の会議において研修をしています。管理者は、法人内や外部の研修に参加し、経営に関することやハラスメント防止などの研修を受けています。
 12. 月1回のスタッフ会議や毎日の朝礼などで、利用者に対するサービスの振り返りなどを行っています。外部のスーパーバイザーと契約し、ケース検討を行い、サービス提供の課題を明らかにし、対応方法を検討しています。毎月、療育研修を行い、職員間でサービスについて話し合う機会を持っています。
 13. 管理者は、法人理念を具現化するために、理事長に対して人員配置や設備面について進言を行っています。また、サービスの質の向上につながるように、法人内の事業所間の連携を行っています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-2 福祉人材の確保・養成	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	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	b
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	b	b
	Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	16	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。	b	b

[自由記述欄]

14. 人材確保や人材育成に関して、行動規範に明記しています。放課後等デイサービスを運営していくにあたり、養成校などと連携して、必要な専門職の採用や育成を行っています。採用計画を具体的に明文化していません。
 15. 法人が職員に期待することについては行動規範に明記し、職員に周知しています。理事長及び法人総務部が人材確保や人事管理を行っています。給与体系の変更に伴い、人事基準を就業規則に明記していますが、人事考課制度を定めておらず、キャリアパスなどの規定等はありません。
 16. 管理者は、職員の有給休暇消化数や時間外勤務の状況を把握しています。福利厚生については、共済会に加入しています。非正規職員とは年1回の面談を行っています。正規職員との面談は、必要に応じて行っているため、定期的には実施していません。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-2 福祉人材の確保・養成	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	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	c	c
		18	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	a
		19	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	a
	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	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。	a	a

[自由記述欄]

17. 法人が職員に期待することは行動規範に明記しています。現在、福祉人材育成認証制度の申請に向けて、準備を行っていますが、職員一人ひとりの目標の設定や確認、評価を行う仕組みがありません。
 18. 法人内および事業所内の研修を計画的に実施しています。法人内の研修については、法人の事業計画に研修計画や研修方針を明記しています。事業所内研修はスタッフ会議の時に実施し、療育研修などを行い、全職員が参加しています。
 19. 法人総務部が、職員の専門資格について把握しています。新任職員に対しては、指導職員を配置し、机上学習やOJTを行っています。研修の進み具合については、管理者が指導職員に確認し管理しています。外部研修については、必要な職員に業務として参加するように指示しています。
 20. 実習生の受け入れについては、マニュアルを整備し、実習プログラムやオリエンテーションの内容、養成校との連携などについて明記しています。これまで、実習生を受け入れた実績はありませんが、今後は公認心理士の実習生を受け入れる予定をしています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ-3 運営の透明性の確保	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	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	b
		22	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	a

[自由記述欄]

21. 法人の理念や基本方針、事業計画などをホームページに掲載し、適切に公開しています。年1回実施している自己評価や保護者アンケートについても、ホームページで公開しています。しかし、事業所のある地域に対しては、開設時の経緯などを配慮し、積極的に事業所の活動を周知するための広報誌などの配布はしていません。

22. 事務や経理などに関しては、法人内の総務部や財務部が担当しています。そのことは業務分掌に明記し、職員に周知しています。外部の税理士や社会保険労務士を契約し、定期的にチェックを行うとともに、必要に応じて相談を行いコンプライアンスに努めています。法人の監事により、内部監査を行っています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献	Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	23	① 障害のある本人と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b	a	
		24	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	a	
	Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	25	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	a	
		Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	26	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	c	a
			27	② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	b	a

[自由記述欄]

23. 公共施設や一般店舗を利用した活動を積極的に実施しています。その際には障害特性によって生じる困難さを地域住民へ説明し理解を得るために活動しています。保護者から相談を受けた場合は地域の資源を紹介し、事業所が相談事業へ繋ぐなどサービス調整のサポートも実施しています。

24. ボランティアの受け入れは、利用者の個人情報保護に配慮して守秘義務を課し、誓約書を取る基本姿勢を明確にしています。利用者・保護者の生活に直接的に影響しないよう、現在では地域外在住の大学生や元職員をボランティア受け入れ対象としています。

25. 城陽市自立支援協議会の「療育部会」に参画し、行政や福祉事務所、相談支援事業所、教育関係者と顔の見える関係を築いています。また山城北圏域の「発達部会」に参画し、地域の関係機関や事業所のリストを作成・共有しています。利用者の生活に課題が生じた際には連携して課題解決に取り組んでいます。

26. 地域住民に対して広く相談に応じ、情報提供や見学対応など行っています。また、地域行事の際には駐車場や備品保管スペースが利用できるように開放しています。

27. 法人全体で児童から成人まで支援する事業を実施していることから、関係機関との連携により地域の福祉ニーズを把握しています。個別的な不登校やひきこもり支援など事業の枠を超えて実施しており、事業計画には表現活動の活動協力などを含んでいます。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 本人本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(1) 障害のある本人を尊重する姿勢が明示されている。	28	① 障害のある本人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	a
		29	② 障害のある本人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	a
	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	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	a
		31	② 福祉サービスの開始・変更にあたり障害のある本人(家族・成年後見人等含む)にわかりやすく説明している。	a	a
		32	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	a

[自由記述欄]

28. 利用者中心の支援を法人理念や行動規範、事業所方針に明記しています。毎日の振り返りや月例会議においても利用者の人権尊重・本人中心の支援についてケース検討を通して職員に周知する機会を設けています。

29. 利用者のプライバシー保護については「利用者支援のルール」に明記して職員間で共有しています。また、事業所に虐待防止責任者と虐待防止マネージャーを置き、日常業務の点検を組織的に行う体制を整えています。職員周知として、権利擁護と虐待防止の研修を毎年実施しています。

30. 事業所のパンフレットを城陽市の福祉課や相談支援事業所に置き、利用を検討している方に情報が届くようにしています。事業所の詳細な説明や見学の希望があれば来所を受け入れ、パンフレット、活動紹介写真などを活用して説明を実施しています。児童本人の見学や体験も受け入れています。

31. 利用契約時には契約書、重要事項説明書、利用料金表の内容を説明し、契約の更新や終了などについて書類を読み合わせながら説明し、内容に同意を得てから契約を行っています。利用者の自己決定尊重のため見学、体験時には帰宅後に利用者の意思を保護者に連絡して確認をしています。確認契約内容の変更時には保護者と直接または電話で相談し、書面上にも記録を残しています。

32. 事業所を変更する場合は、保護者の意向を確認し、必要に応じて「移行支援シート」を作成しています。法人内での高学年デイへの移行については、時期ごとに手順を定めており、不安なく移行できるよう支援しています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 本人本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(3) 障害のある本人のニーズの充足に努めている。	33	① 障害のある本人のニーズの充足に向けた取組及び相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	a
		Ⅲ-1-(4) 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。	34	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
	35		② 障害のある本人からの相談や意見に対して把握する仕組みがあり、組織的かつ迅速に対応している。	b	b
	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。	36	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
		37	② 感染症の予防や発生時における障害のある本人の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a	a
		38	③ 災害時における障害のある本人の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a	a

[自由記述欄]

33. 利用契約者である保護者に対して送迎場面、連絡帳、個別面談、管理者直通連絡など複数の方法を設けて意見を述べやすいように配慮しています。毎年、全保護者を対象に無記名アンケートを実施しています。また、利用者の意見を聞く機会として、複数人の利用者で意見を出し合う「こども会議」を実施しています。

34. 利用契約書と重要事項説明書に苦情解決の仕組みを明示し、契約時には必ず個別で説明しています。苦情の申し出があった際には定められた仕組みに沿って報告し報告書ファイルに記録しています。

35. 利用者や保護者の相談や意見を様々な場面で把握し、活動記録や申し送りにて利用者の意見や相談を受けた内容については職員間で周知し迅速に対応しています。しかし、報告手順や対応策の検討については明確にマニュアル化はされていません。

36. 管理者がリスクマネジメント全般の責任者となり、法人内部と密に連携してリスクマネジメントにあたる体制を整備しています。事故発生時の対応については、全職員を対象に救急講習を実施しています。月例会議では「事故報告および業務改善提案」と「ヒヤリハット報告」の項目を設け事故の原因分析や業務改善に努めています。しかし、事故発生後の事故防止策の策定等については明確なマニュアルができていません。

37. 法人内城陽エリアに感染対策強化委員会を設置し、事業所に感染対策責任者と感染対策委員を置いて指針に沿った対応を検討・実施しています。委員会には看護師が参画して保健医療の専門的見地から助言を行っています。各種感染症の発生の際には状況に合わせて対応マニュアルを職員に再周知し、感染防止を図る体制をとっています。

38. 災害発生時の対応マニュアルを季節ごとに会議で職員に周知し、防災避難訓練を定期的実施しています。事業所は耐震基準の最高等級で建築し、窓ガラスには複層ガラス、棚は造り付けで安全確保をしています。火災避難訓練は消防署の協力を得て定期的実施しています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-2 福祉サービスの質 の確保	Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの一定の水 準を確保するための実施方法が確 立している。	39	① 提供する福祉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福祉サービスが提供されるとともに見 直しをする仕組みが確立している。	b	b
		40	① アセスメントに基づく個別支援計画等を適切に策定してい る。	a	a
	41	② 定期的に個別支援計画に基づく評価・見直しを行っている。	a	a	
	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に 行われている。	42	① 障害のある本人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	a
		43	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

[自由記述欄]

39. 入職時に配布しているマニュアルに沿って業務が行われているかどうかを日常業務の中で相互チェックしています。毎月の会議では適切でないサービス実施があった場合にはその都度、全職員で再確認しています。しかし、検証・見直しの時期や方法を定期的に行う仕組みは確認できませんでした。

40. 事業所管理者が個別支援計画策定の責任者となっています。アセスメントから計画作成、利用者保護者の同意、モニタリング、変更の手順を定めてマニュアルに明示しています。アセスメントには独自のアセスメントシートを作成し、利用者のニーズや課題を抽出しています。

41. 個別支援計画は「6か月に1回、または必要に応じて随時、見直す」と利用契約に明記しています。個別支援計画の変更内容については会議で共有し、緊急性がある場合は朝礼で確認しています。

42. ケース記録は、定められた書式とルールで作成しています。記録のデータはネットワークで管理して、デスクで共有できるようにしている他、書面でもファイルに残しています。記録には抜けがないようにチェック表とチェック担当者を決めて管理しています。

43. 法人として個人情報管理規程を定め、職員に周知しています。全職員の雇用契約時には個人情報保護に関する誓約書を交わしています。記録の開示請求について、利用契約時に保護者に説明し、内部ルールに沿って対応しています。

A 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	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-1 支援の基本理念	A-1-(1) 自立支援	44	① 障害のある本人の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っ ている。	a	a
	A-1-(2) 権利擁護	45	① 障害のある本人の権利侵害の防止等に関する取組が徹底され ている。	a	a
	A-1-(3) ノーマライゼーションの推進	46	① 誰もが当たり前暮らしの社会の実現に向けた取組を行って いる。	a	a

[自由記述欄]

44. 休みの前の日に宿題を全部終わらせることよりも遊びの時間を優先する等、あらかじめ保護者の了承を得た上で利用者の意向により決定しています。利用者の興味を基に一人ひとりの力に合った取り組みを個別支援計画に取り入れ、実施しています。

45. 法人内城陽エリアに虐待防止委員会を設置し、虐待防止や身体拘束禁止の規定を設けています。事業所内に虐待防止責任者と虐待防止マネージャーを配置し、規定内容の周知や日常業務の点検を組織的に行う体制を整備しています。内部研修の際に、職員日一人ひとりのセルフチェックの結果を元に日々の支援を振り返り、必要な改善を行っています。

46. 障害特性だけでなく感覚受容や認知の特性・身体の発達状態・社会性の成長度合い等、一人ひとりの成長度合いに応じて合理的配慮を追求しながら個別支援計画を作成し取り組みを実施しています。障害者の権利条約や差別禁止法については会議での共有を実施しています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(1) 意思の尊重とコミュニケーション	47	① 障害のある本人(子どもを含む)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。	a	a
		48	② 障害のある本人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。	a	a
		49	③ 障害のある本人の障害の状況に応じた専門的かつ多角的な視点から支援を行っている。	a	a
	A-2-(2) 日常的な生活支援及び日中活動支援	50	① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援及び日中活動の支援を行っている。	a	a
	A-2-(3) 生活環境	51	① 障害のある本人の快適性と安心・安全に配慮した環境が確保されている。	a	a

[自由記述欄]

47. 個々の心身の状況に応じて非言語手段を含めた個別的な手段を工夫しています。言語によるコミュニケーションが可能な利用者であっても、日常生活の状況により、内容によっては文字以外の視覚情報等に工夫を取り入れています。

48. 日常から利用者の発信をサポートするツールの活用や保護者からの話を、職員間の朝礼ノートにて共有しています。職員は送迎時を含む利用者に関わる全ての時間において、利用者が話したいこと、抱えている思いや希望を汲み取るように対応しています。解決に向けて応援するための取り組みを個別支援計画に盛り込み、必要時には家庭や相談機関との連携を行っています。

49. 支援にあたる職員は、内・外研修の機会に参加をし、スタッフ会議に於いて年間12回のキーワード学習(ミニ研修)の機会を持っています。利用者の障害の状況に応じて『介入』の機会についても個別支援計画に盛り込み、実施しています。

50. 個別支援計画にて、臨床動作法や運動課題・手先の課題も利用者にも説明しています。箸の持ち方やボディイメージなど、日常の動作に繋がる取り組みとなっています。また、希望者を対象に休日行事の企画などを行っています。

51. 活動室・トイレ・洗面・キッチンを利用者通所後に毎日清掃し、玩具の消毒や整頓を行って快適な空間を作っています。活動スペースの選択肢は職員の目が届くよう配慮しながら、カーテンや仕切り戸・簡易のパーテーションで空間が仕切れるように工夫しています。環境整備について自主点検票にて確認をしています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(4) 機能訓練・生活訓練	52	① 障害のある本人の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	a	a
	A-2-(5) 社会生活を営むための支援	53	① 障害のある本人の希望と意向を尊重した社会生活を営む力をつけるための支援を行っている。	c	a
	A-2-(6) 健康管理・医療的な支援	54	① 障害のある本人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。	a	a
		55	② 医療的な支援について適切に提供(連携)する仕組みがある。	—	—

[自由記述欄]

52. 内部の公認心理士・理学療法士及び外部のスーパーバイザーの助言に基づき、概念学習や心理指導、日常動作・書字・姿勢の改善等個別の必要性に応じた療育プログラムを実施しています。

53. 放課後等デイサービスの通所場面や長期休み中の外出の取り組みも含め、将来の社会生活や社会参加に向けた取り組みを行っています。学習・生活・身体操作・集団生活・友達との関わりなどは全て将来に社会の中で周囲と調和しながら自己実現できるためのものであるとの信念を持ち、実施しています。

54. 連携調査票にて全利用者の既往歴・通院状況や服薬内容を把握し、通所時の健康状態についても検温・目視で確認をしています。異変があった際にはフロー図に基づきバイタルチェックを行い保護者への連絡を行っています。

55. 非該当

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	56	① 障害のある本人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。	c	a
	A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	57	① 障害のある本人の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a	a
	A-2-(9) はたらくことや活動・生活する力への支援	58	① 障害のある本人の活動・生活する力や可能性を尊重した支援を行っている。	a	a
		59	② 障害のある本人に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	—	—

[自由記述欄]

56. 事業所の基本方針として、学童保育の代わりとなる場の提供ではなく、家庭や学校・学童といった児童期本来のメインとなる場所での自信を持って過ごしていけることを重視した療育を行っています。地域生活を基盤とし、学校や家庭と連携を図っています。

57. 家族との連携については利用者の立場を重視して対応していますが、どうしても家族等と話す必要がある時は必ず説明をして了解を得ています。体調不良時や急変時などは緊急対応のフロー図を作成しています。

58. 学校に行きたくない、給食を食べないなどの意欲の低下が見られる場合には、利用者の力や可能性を引き出すことが出来るよう、療育・スーパーバイザー・学校等と見立てのすり合わせをし、支援への反映を行っています。

59. 非該当

評価結果対比シート(障害)

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-3 就労支援	A-3-(1) 就労支援	60	① 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	—	—
[自由記述欄]					
60. 非該当					