

[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 | 児童発達相談支援事業所<br>さつき園          | 施設<br>種別 | 児童発達支援 放課後等デイサービス |
| 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」 |          |                   |

令和6年9月13日

|     |   |
|-----|---|
| 総 評 | <p>社会福祉法人みねやま福祉会は、昭和25年に法人認可を受け、理念である「創設の理念を尊重し より質の高いサービスの提供」「地域の人々の ころ豊かで安心・安全な暮らしへの貢献」「誇りと夢を持ち 福祉の仕事にまい進できるよう職員の幸福追求」を掲げ、児童・高齢・障害分野のニーズに対して横断的に社会福祉事業を行ってきました。また、法人の取り組みとして「きょうと福祉人材育成認証制度・上位認証」を取得し、積極的に福祉職場の魅力を発信しています。</p> <p>その拠点の一つである「児童発達相談支援事業所さつき園」は、平成8年に開設した丹後地区初の障害児通園施設であり、保育園舎を活用した木のぬくもりがある建物です。</p> <p>主な事業内容としては、乳幼児対象の児童発達支援事業、学童児対象の放課後等デイサービス事業、居宅訪問型児童発達支援事業、保育所等訪問支援事業、障害児相談支援事業を実施しています。</p> <p>当園では、「一人ひとりの発達を見つめて…家族とともに歩む」を理念に掲げ、ことば、心、運動の発達について、子どもだけでなく家族も含め、トータルで捉えた支援を実践されています。</p> <p>職員は支援の質を高めるために、ABA（応用行動分析）やコミュニケーションスキル（視覚支援やジェスチャー、マカトンなど）を学び、さまざまな療法や手法を取り入れ、状態像の変化や介入の効果を確認するとともに、子どもが楽しめることも意識しながら支援を実施されています。また、1人の子どもに2名の職員で担当し、相談しながら計画を作成されていました。達成感、喜びに繋がるよう、短期で達成できる目標をつくることを大切にされています。そのため、個別援助計画目標の内容は頻繁に変更されるなど、たいへんきめ細やかな対応をされており、高く評価できます。</p> <p>また、訪問調査時には、園長を中心に、全員が同じように取り組みを言語化して根拠をもって実践にあたるよう、愛情をもって職員育成に努めていることが伝わってきました。</p> <p>地域との関係も良好で、社会訓練の一環で買い物に出かけたり、学童期や就職時点で相談したくてもどこに相談すればよいかわからないという方からの電話等を受けることが多く、利用する子どもが増加しており、受入れが追い付かない状況があると伺いました。これまでの丁寧な実践の積み重ねに加え、地域に浸透していることといえます。今後もさらに支援の質の向上に努めるとともに住民教育やまちづくりの働きかけを進めるなど、さらなる活動の発展に期待します。</p> |
|-----|---|

**II-4 地域との交流、地域貢献**

地域との関わり方について基本的な考えを明文化しています。関係機関との連携についても、「関係機関及び社会資源」という一覧を作成し、事業所内に掲示し積極的に情報提供に努めています。あわせて、個別支援として複数機関（学校、日中一時支援事業所、ショート事業所など）とのケース会議を随時開催しています。

地域貢献としては、地域を対象に保健師や民生委員と連携し、地域貢献事業「てくてく」を実践し、積極的に地域に出向いています。また、京丹後市が行う「こころのバリアフリー」という取組（合理的配慮をしている事業所紹介）への参加や、法人で進めるSDGSの取り組み（グリーンカーテンやエコなど）推進、京丹後市と避難所としての協定を締結するなどの役割を担っています。

**III-2-(2)①②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。**

個別支援計画策定の責任者を明確にし、きめ細かく個別支援計画を策定しています。利用前に「プロフィールシート」を作成し、ニーズ整理シート（独自の様式）を用いて個別支援計画を作成しています。2回目からは、「分析シート」を活用して再アセスメントを実施しています。相談支援とも連携し、連動しながらアセスメントを実施しています。

また、個別支援計画の見直しは、1人の子どもに2名の職員が担当するため、相談しつつ計画を作成し、主任に挙げて確認をしています。計画の見直し等にあたっては、家庭での状況と療育での場面を見ることができる書式にしており、半年ごとに評価をしています。

計画の目標設定については、短期で達成できる目標をつくることを大事にしており、達成感、喜びに繋がるように設定しています。

そのため、個別援助計画目標の内容は変更することが多く、このことは高く評価できます。

**A-2-(1)意思の尊重とコミュニケーション**

A B A（応用行動分析）やコミュニケーション（視覚支援やジェスチャー、マカトンなど）の研修に職員が受講して、支援をしている。また、「ちょっと相談カード」を保護者に配布し活用してもらうように促しています。個別に相談日時を伺い、面談を行う場合や電話やメール、イロドリンク（アプリ）でも対応しています。

通所しながら作業療法を受けている子どもについては、助言を得ながら支援をしています。家庭療育の提案や工夫について保護者に伝えたり、療法に用いる物品を貸し出しています。自閉の子どもには個室を活用したり、多動の子どもには個別に対応をするなどしています。子ども同士のトラブルについてはグループを分けて、皆が落ち着ける環境を整備しています。

**A-2-(5)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。**

S S Tや様々な体験を通して、自分を知る体験や社会生活と繋げる支援をしています。法人内他施設にある畑での芋ほりや、買い物体験などを通じて、金銭管理を自分で経験するようしたり、おやつ作りの際に、材料について職員と話しながら知る機会を作っています。

また、家族との連携も大切にしており、子どもが将来的に身辺自立できるよう、自身でできることを増やす工夫を保護者が支援計画

特に良かった点(※)

|               |   |
|---------------|---|
|               | <p>に載せ、保護者と共有しています。保護者が集まる際には、保護者同士がつながることを促したり、就学前に保護者同士のマッチングをして、保護者同士でランチに出かけた事例もあります。療育に父親や祖母が参加する機会もあります。地域とのつながりも意識し、地域の行事に保護者が参加しましょうと促して、地域住民の繋がりの中で、子どもを地域で育てる視点を伝えています。</p> |
| 特に改善が望まれる点(※) | なし  |

※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 | 児童発達相談支援事業所 さつき園                |
| 施設種別  | 児童発達支援 放課後等デイサービス               |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人<br>きょうと福祉ネットワーク「一期一会」 |
| 訪問調査日 | 令和6年1月18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<br>理念、基本方針 | I-1-(1)<br>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。 | A    | A     |

[自由記述欄]  
1. 理念や運営方針は、ホームページへの掲載や、園内での掲示で周知されている。年度初めに理念や方針を職員に説明している。家族には、パンフレットや園内の掲示で伝えている。毎月発行のお便り「さつきたより」で、園の取組や年度の運営方針を伝えている。単年度の事業計画内にも園としての理念や考え方、大切にしていることを記載して示しており、計画内容は職員とともに策定する中で考え方の浸透等に努めている。

| 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<br>経営状況の把握 | I-2-(1)<br>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. 法人内の障害部門プロジェクトで国の動向の把握や、自立支援協議会への参画の中で情報を迅速に収集しており、中でも事業所支援部会にて、国や京都府の情報を得ている。どのサービスにもどの程度の利用がある等のデータからニーズや課題の把握も行っている。法人が2年度に実施したアンケートからも地域情報の収集に努めている。  
3. 法人内の経営課題は、①職員採用（離職防止含む）、②サービスの質の向上、③地域貢献である。事業所の大きな経営課題としては、新築移転である。また、質の向上については事業所としても今年度の重点課題として取り組んでいる。法人内では課題ごとにチームを構成して定期的または随時に検討している。事業所内ではミーティングなど定時に場を設けて、必要な情報伝達や検討、周知に努めている。

| 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<br>事業計画の策定 | I-3-(1)<br>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)<br>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。             | A    | A     |

[自由記述欄]  
4. 平成28年～令和8年までの「中長期計画表」を策定している。各部門から2名ずつで参画し、国・世界・地域・ITなどの状況を収集し検討した「ネクストビジョン2030」は、さらにその先を見据えたものとして示したもので、その浸透の取組みとして法人全体研修および理念浸透研修を各階層を対象に実施している。参加後のアンケートにて浸透度を計ることも行っている。また、単年度の事業計画でもその実現に向けて取り組んでいる。  
5. 事業所ごとに、法人の中長期計画を基に単年度計画（数値目標含む）を策定している。稼働状況や受講すべき研修なども示し、進捗確認できるようにしている。  
6. 1月に理事長からのコミットメントがあり、それをふまえて事業所の取り組み実績と今後について計画だてて法人に提示し、確定している。また、達成度を計る指標を示すために、単年度の「年度目標と具体的取り組み振り返り」（PDCAを意識した資料）を独自に作成している。検討の時間をつくりにくいことから、「書面会議」の方法をとり、最終の検討のみ対面会議で行うという職員の参画・業務改善も考慮した工夫をしている。職員会議で考えた事業計画を理事会に提出し、決定した法人全体の事業計画や評価について、職員に説明および配布をしている。

| 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<br>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)<br>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。         | A    | A     |
|                                |                                       | 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. 3年に1回、第三者評価を受診してサービスの質の向上に努めている。職員全員に評価票を配布し、考えてもらい、職員会議を4回ほどに分けて持ち寄り、意見収集を行って、評価を実施している。評価項目内容を理解することで、サービス内容の意味を見直す機会となっている。また、義務化されている自主点検票に基づき、自主点検も実施している。保護者アンケートも実施し、あがった声をサービス内容の見直しなどにつなげるようしている。現時点での課題としては、保護者との交流や保護者に対する学びの機会などと認識している。公表されるアンケート結果資料も保護者への周知に見やすくするような工夫もしている。  
9. 上記の内容を踏まえて課題を抽出し、事業計画に反映している。現時点での課題としては、保護者との交流や保護者に対する学びの機会などととらえており、職員間で共有の上、事業計画に反映して取り組んでいる。

**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<br>管理者の責任とリーダーシップ | II-1-(1)<br>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)<br>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. 「組織図」を整備し、法人内での責任を明確にしている。「人事管理制度実施要領」で、園長の役割を明文化している。「さつきたより」の4月号に園長の言葉や方針を明示しており、それを園内に掲示して、家族などに知らせている。BCPに、有事（緊急時）における園長の役割や不在時の対応について明確化されている。重要事項説明書にも明文化されている。

11. 労務上の法令改正等は主に法人の会議やWAMネットや集団指導などから情報を入手している。職員に対しては研修を通じて周知に努めている。関連する法律のリスト化については、規程のリストに関連法令をひもづける資料を作成している。

12. さらなる向上をめざして新築移転により、地域や利用者のニーズに応えるように推進している。また、職員と面談する機会を意図的に設け（定期面談：2回、他随時）、どんな風に働きたいと考えているか、またプライベートの状況も少し聞いている。職員の研修も計画的・体系的に受講を進めている。非常勤職員に対しても同様に取り組んでいる。

13. 労務管理として、残業量や有給管理が気になったため、主任に調査を依頼し、「サービスの質を担保したいので業務の改善をしよう」というタイトルでデータを可視化した実践例をまとめてもらった。その中で課題を抽出して改善に向けて取り組んでいる。特に記録業務に要する時間数が多いことがわかったことから、記録様式のカスタマイズや書き方ルールの整理・指導、利用者との情報共有にICT（イロドリリンク）を活用している。時間差出勤なども導入している。

| 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<br>福祉人材の確保・養成 | II-2-(1)<br>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。 | A    | A     |
|                    |   | 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。                         | A    | A     |
|                    | II-2-(2)<br>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。       | A    | A     |

**[自由記述欄]**

14. 中長期計画に人材確保計画を明文化している。具体的には、人材確保を進めるために法人の人材戦略室を設け、現場職員も参加する「SKIPP PA」という人材確保チームを設置し、就職フェアなどで魅力発信している。新規採用の内定が決まれば、「SKIPP PA」でフォローをしているため、配属がうまく運んでいる。入職後の資格取得支援の仕組みとしては、受講費用の支給や休みの取得などを整備している。法人の魅力伝える動画も制作して発信に活用している。また、法人の「品質管理」部門主導で、働き甲斐につながることをめざして「幸福追求アンケート」、「組織活性化プログラム」などを実施し、職場環境について検討や改善の取り組みを実施している。

15. 「みやま福祉会研修体系図」に、私たちの目指す姿を明示しており、それに沿った人材確保・育成の取組をしている。法人内で「求められる行動規範」を示し、どんな職員もすべて職員共通に求める資質として示している。事業所としても中長期計画票に「目指す事業所像、求められる職員像」を掲げ、それに基づいた身につける知識や技術も表記され、事業計画との連動性もある。

16. 残業や有休の把握はデータ化され、法人のサポート部とともに行っている。残業が多い場合にはサポート部から連絡が入る仕組みとなっている。5ステップ休暇（5年経過した6年目には3日間連休が取得可能）などを設けるなど、職員の休養への配慮をしている。民間社会福祉施設職員共済会に加入して、メンタルヘルスや健康、余暇へのサポート制度を活用している。法人の互助会もコロナで活動休止していたが、ボーリング大会の開催を予定している。

| 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<br>福祉人材の確保・養成 | II-2-(3)<br>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。                 | A    | A     |
|                    |                                    | 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     |
|                    | 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. 年度ごとに職員一人ひとりの「個別研修計画」を作成し、目標や受講予定の研修を決めており、年度終わりには振り返りまでを行える資料になっており、手厚い人材育成の仕組みとなっている。  
 18. 全体の研究発表、品質管理の現場実践向上チームによる研究発表、研修の一貫で「福祉スタディズ」という障害や介護部門ごとの勉強成果の発表などと、複数の研究発表の場があり、職員の研究意欲の向上とサービス向上への取り組みを推進されている。また、研修計画に基づき、研修を受講して、受講内容が現場で活かしているかについて、職員個別の目標設定と連動させ、半期ごとの面談の際に職員に確認をしている。  
 19. 求められる職員像をもとに受講すべき時期や研修内容をまとめており、それに基づいて受講されている。OJT担当職員が半年間の目標設定を行い、主任が確認して振り返りを行っている。外部研修についてもオンラインも活用しながら、職員間で偏りがないように参加を促している。※研修受講履歴の管理、資格取得の情報把握などの資料を作成されてはいかかが。  
 20. 受け入れにあたっての手続きやマニュアルは用意している。実習カリキュラムについては、法人の実習担当者が作成している。法人内実習センターと連携しながら対応をすることとしているが、受け入れ実績はなし。また、現在、社会福祉士の配属がないことから指導者が事業所内にいない状況にある。

| 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<br>運営の透明性の確保 | II-3-(1)<br>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。       | A    | A     |
|                   |                                      | 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. ホームページを中心に情報の公開を行っており、理念や事業内容、苦情相談窓口や体制なども掲載されている。地域活動の広報もホームページやチラシ配布、新聞広告等で行っており、広く広報している。事業所の機関誌である「さつきたより」は、保健師や学校関係者、療育センター、保育所などに配布している。行事開催時等には、地元地域の回覧板などで広報できる仕組みや関係性がある。  
 22. 「経理規程」を整備し、会計における職務分掌が明確になっている。顧問の公認会計士や税理士による定期的な監査や相談を受ける仕組みがある。また、法人監事より、定期的に監査を受けており、経営状況を必要に応じて職員に周知している。

| 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<br>地域との交流、地域貢献 | II-4-(1)<br>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     |
|                     | 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    |       |
|                     | 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。                    | B                                    | 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。                | A                                    | A    |       |

[自由記述欄]

23. 「地域との関わり方についての基本的な考え」を整備し、考え方を明文化している。社会資源についても事業所内に掲示し積極的に情報提供に努めている。地域住民に、知ってもらうことが必要と考えており、地域貢献事業「てくてく」を実践し、積極的に地域に出向いている。

24. 「ボランティア受入マニュアル」を整備し、夕方の清掃ボランティアを受け入れている。また、近隣の峰山高校の「探求授業」で見学などを受け入れており、今後の展開を構想している。また、地域の力に期待したいことから、放課後等デイの送迎にボランティアとして協力いただけないかと考えており、チラシを作成して呼びかけを検討中である。

25. 「関係機関及び社会資源」という一覧を作成し、職員への周知や利用者への掲示をしている。また、京丹後市が作成している「障害者に関する福祉サービスについて」の冊子も掲示している。放課後等デイサービスの放課後支援調整会議を開催し、事業所との連携を行うことや、保健師とも紹介いただく児童に関する情報共有を行っている。個別支援として複数機関（学校、日中一時支援事業所、ショート事業所など）とのケース会議を開催している。（年2回）

26. 京丹後市と避難所としての協定を締結し、災害時の地域における役割を担っている。地域を対象に地域貢献事業「てくてく」の活動をしている。京丹後市が行う「こころのバリアフリー」という取組（合理的配慮をしている事業所紹介）への参加や、法人で進めるSDGSの取り組み（グリーンカーテンやエコなど）推進している。また、園設備の開放も行っている。

27. 制度にない地域のニーズや課題への対応については、例えば学童期や就職時点で相談したくてもどこに相談すればよいかかわからないという方からの電話等を受けることがある。京丹後市の「発達支援相談室」事業を受託している。また、保健師や民生委員と連携し、地域貢献事業「てくてく」のを行っている。

### III 適切な福祉サービスの実施

| 評価分類                 | 評価項目                                 | 通番   | 評価細目   | 評価結果 |       |
|----------------------|--------------------------------------|--|--|------|-------|
|                      |                                      |  |  | 自己評価 | 第三者評価 |
| III-1<br>本人本位の福祉サービス | III-1-(1)<br>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     |
|                      | 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. パンフレットや療育方針、法人のネクストビジョン2030、規程、各種支援マニュアルなどで明文化し、職員に周知し研修も行っている。「法令遵守規定」「職員倫理綱領」「倫理綱領に基づく行動指針」で具体的な内容を整備している。

29. 「職員倫理綱領に基づく行動指針」や各種業務マニュアル内にプライバシー保護の項目を随時含めている。園名のない封筒の利用や児童名のインシヤル表記、排泄の同性介助など細やかに配慮されている。不適切な事案が発生した場合、保護者版と職員版とマニュアルを整備している。

30. ホームページ等において、情報発信を行っている。見学希望者は多く、写真なども活用しながら受け入れている。コロナ禍により、実際の療育の場面を見てももらう機会が減ったため、説明できる写真の量を増やし、状況が分かりやすいよう工夫している。登録は随時受け付けており、月4件程度の見学がある。体験希望者にも適宜対応をしている。情報は保健所、クリニック、保健師に配布している。健診から利用に繋がるケースが多い。写真が古くなりパンフレットを見直した。

31. 利用にあたっての重要事項説明書、契約書を整備し、契約時、サービス変更時に説明をし、同意を得ている。放課後等デイを利用している子どもにも、内容を理解してもらう取組、仕組みを検討中である。保護者には分かりやすい言葉、具体的な事例などを挙げて話すようなど配慮している。事前に、保健師と連携を図り、見学の時点から配慮を行っている。

32. 転居時や就学児に対し、移行時の手順、引継ぎ文書（おかあさんご存じですか）、「支援ファイルにじいろノート」（支援記録）などを活用し、情報を次の支援事業者や学校に伝えるようにしている。また、他事業者のサービスを追加する時、日数を増回する時などは、相談支援事業の担当者からも話を聞いている。



| 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<br>本人本位の福祉サービス | Ⅲ-1-(3)<br>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)<br>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    | 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。  | A    | A     |
|                    | Ⅲ-1-(5)<br>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    | A     |
|                    |  | 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. 個別ニーズを把握する仕組みとして、利用者アンケートや相談申込カード、意見箱等を設けている。相談申込があった際には、個室にて相談に応じている。行事後に行事の内容についてのアンケート調査(Googleフォーム)をしている。利用者は担当制となっているが、担当ではない職員もコミュニケーションをとるようにしている。検討会議、コア会議(放デイ、月1回)で検討するとともに事業計画に反映している。

34. 「苦情解決実施要領」を整備し、苦情受付に関するマニュアルとしている。苦情受付担当者、責任者などを明文化し、事業所内に掲示している。法人内で第三者委員に相談できる仕組みを表した冊子を作成し、利用者へ配布している。苦情内容についての公表を法人ホームページに掲載している。対応のフィードバックを申出者に行っている。フィードバックはおたよりに記載している。

35. 「意見対応マニュアル」を整備しており、意見を汲み取る仕組みがあり、意見集約のルートが整備されている。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あり、見直し時期・担当者が明記されている。登録者89名、1人で20名程度担当しているが相談しやすく意見を述べやすいように2人に対応している。検討に時間がかかる場合は、状況を速やかに説明している。

36. 「安全・事故予防マニュアル」を整備している。見直し・更新後に職員に周知している。危機管理体制に責任(園長)、手順が記載されている。ヒヤリ・ハット・事故はミーティングで話し合い報告書を回覧し周知している。救急対応の訓練をされている。「健康調査票」に必要事項を記載してもらい、個別支援ファイルと送迎車に置いている。年1回、確認をしている。

37. 感染症対策委員会、「感染症対応マニュアル」を整備し、職員がいつでも閲覧できるようにしている。職員研修もWEB研修を活用して行っている。ノロの嘔吐時の吐物処理について実践研修をしている。マニュアル集の表紙にマニュアルの変更時期を明記し、それに沿って見直しを行っている。マニュアル整備担当者を配置している。活動場所が変更が変わった際の消毒や利用者を同じ学校の子どもの集団を作ったり、関わる職員を固定化するなどコロナ感染対策に配慮している。

38. 「防火・防災マニュアル」、避難確保計画を整備している。事業所の裏側が急傾斜地となっており、ハザードマップでは、イエローとなっている。川の氾濫などの警戒も必要であるため、状況によっては、事業所を休止にすることも必要となる。災害時の判断訓練を行っている。利用者の安全確認シート、職員連絡網(LINE、電話、災害用伝言ダイヤル)を作成し、緊急時に連絡が取れる体制がある。事業所が災害時の地域の避難場所となっている。消防署への通報訓練は行っているが、コロナ前もあり、来てもらっての訓練はしていない。備蓄品・非常用持ち出し袋を整備している。

| 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<br>福祉サービスの質の確保 | Ⅲ-2-(1)<br>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。 | A    | A     |
|                    |   | 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)<br>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. 「業務マニュアル」を整備している。障害のある本人のプライバシーや意志の尊重については、倫理綱領に明記している。マニュアルの職員周知は、見直し時に確認をしている。(年1回及び随時)苦情や意見があったことをマニュアルに反映させる仕組みがある。

40. 個別支援計画策定の責任者は、分掌表(個別支援計画、通所支援計画：①アセスメント手順書)・通所支援計画に記載がある。利用前に「プロフィールシート」を作成し、ニーズ整理シート(独自の様式)を用いて個別支援計画を作成している。2回目からは、「分析シート」を活用して再アセスメントを実施している。相談支援とも連携して、連動しながらアセスメントを実施している。個別支援計画の見直しは、1人の子どもに2名の職員が担当するため、相談しつつ計画を作成し、主任に挙げて確認をしている。子ども園に入所した際には、ケースカンファレンスに参加することもある。利用者のリハビリ場面立ち会ったり、医療機関へ状況を伝えることもある。独自の計画書を使用している。

41. 家庭での状況と療育での場面を見ることが出来る書式にしており、半年ごとに評価をしている。保護者に振りかえってもらうシートも作成している。発達検査を保護者に記載してもらっており、半年前との変化を見ながら見直しを行っている。短期で達成できる目標をつくることを大事にしており、達成感、喜びに繋がるように設定している。そのため、個別援助計画目標の内容は変更することが多い。

42. 記録ソフトを活用して、療育記録を記録している。記録内容や書き方に差異が生じないように、「記録の残し方」マニュアルを整備している。パソコンのネットワークシステムを活用して事業所内で情報(療育記録・訪問記録・外来記録)を共有する仕組みがある。朝・昼・夕のミーティングを活用して部門横断での会議が開催されている。

43. 「個人情報管理規定」「文書取り扱い規程」により記録の保管、保存、持ち出し、廃棄、情報の提供に関する規程を定めている。個人情報保護の観点から、入職時と年1回、職員に研修を行っている。「個人情報の取り扱いについて」により、情報開示の留意点が記載されている。個人情報の取り扱いについては、本人や家族に説明している。

**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<br>支援の基本理念 | A-1-(1)<br>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)<br>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。 | B    | A     |
|                | A-1-(3)<br>ノーマライゼーションの推進 | 46 | ① 誰もが当たり前暮らせる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. 本人の強みや意思を活かした支援計画が作成されている。保護者の意見だけにならないように配慮している。自由時間に写真やおもちゃを見せて活動が選択できるように支援している。「ここまで出来たら次のことをしようね」と、本人と話し合っ決めていく。

45. 個別支援計画に『身体拘束についての配慮事項』として記入する場合がある。早期発見するために長期休暇前後で様子を報告すること、複数名が関わることに取り組んでいる。権利擁護、身体拘束の研修を実施している。

46. 京丹後市「こころのバリアフリー活動」に参加することで、ノーマライゼーションの活動に取り組んでいる。法人として、「ごちゃまぜ」をテーマに事業に取り組んでいる。実践の中では、「てくてく」の取組などで共生に取り組んでいる。法人としての地域共生の取組の象徴としての「マールト」において、障がい、児童、高齢がごちゃまぜとしている場の悩みについて、トークセッションを行い、地域や職員に地域共生について投げかけている。発達障害として伝えるのではなく、「この子は」と伝え、受け止める地域をつくる取組をしている。

| 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<br>生活支援 | A-2-(1)<br>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)<br>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)<br>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. 視覚支援やジェスチャー、マカトンなどコミュニケーションの研修などに職員が参加している。コミュニケーション能力を高めるために、放課後デイサービス事業でことばの使い方を学ぶことを支援している。(SSTソーシャルスキルトレーニング:ちくちく言葉をふわふわ言葉に言い換える)

48. 「ちょっと相談カード」を保護者に配布し活用してもらうように促している。相談日時を伺い、面談を行う場合もある。電話やメール、イロドリリンク(アプリ)でも対応している。

49. 作業療法士や専門講師の研修を受けに行ったり、事業所内に来てもらったりして研修を実施している。ABA(応用行動分析)について、職員同士で学びあい、その視点を身につけて支援に活かしている。通所しながら作業療法を受けている子どもについては、助言を得ながら支援している。家庭療育の提案や工夫について保護者に伝えたり、療法に用いる物品を貸し出している。自閉の子どもには個室を活用したり、多動の子どもには個別に対応するなどしている。子ども同士のトラブルについてはグループを分けて、皆が落ち着ける環境を整備している。すべてを記録し、情報集積している。「京あんしんねっと」を活用して医療敵ケアを必要とする児童の情報を関係期間と共有しながら支援を行っている。

50. 長時間の滞在の際には食事のアレルギーなどの情報収集をしている。送迎時に心身の負担がないよう配慮している。SSTや親子で活動できるものを取り入れたり、買い物などでの外出時に社会ルールを経験する機会などを設けている。

51. 整理整頓が行き届いており安心・安全な環境と明るい雰囲気が保たれていた。

| 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<br>生活支援 | A-2-(4)<br>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。          | 非該当  | 非該当   |
|             | A-2-(5)<br>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。 | A    | A     |
|             | A-2-(6)<br>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。               | A    | A     |

[自由記述欄]

52. 非該当

53. SSTや体験を通して、自分を知る体験や社会生活と繋げる活動を支援をしている。法人内他施設にある畑での芋ほりや、買い物体験などを通じて、金銭管理を自分で経験できるようにしている。おやつ作りの際に、材料について職員と話しながら知る機会を作っている。

54. 体温調節ができない子どもや、自分がしんどいという自覚がもてない子どもには、定時に声掛けや検温を行っている。子どもの様子を保護者と連絡帳でやり取りして状態把握に努めている。送迎時に直接会ったり、電話で情報収集もしている。提携病院を設けており、緊急時に対応できるようにしている。健康管理マニュアル、健康管理票等を整備しており、それに基づいて対応をしている。

55. 事業の性質上、医療的支援の仕組みはない。主治医による対応を基本としているが、提携病院とも契約し、緊急時には対応できるようにしている。服薬依頼書を保護者に記載してもらい職員が服薬支援している。健康基本帳に必要事項を記載し、職員間で周知している。

| 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<br>生活支援 | A-2-(7)<br>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。 | A    | A     |
|             | A-2-(8)<br>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)<br>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。        | 非該当  | 非該当   |

[自由記述欄]

56. ケース会議、児童クラブや学校と連携している。SSTの取り組みなど、様々にことに取り組んでいる。関係機関との連携もしている。  
 57. 保護者を対象とした学習会や保護者ミーティング、体調不良や急変時の家族等への報告・連絡は緊急連絡先に連絡をしている。家族との勉強会と担当職員を配置して、相談支援を行っている。ペアレントトレーニングは今年度は実施できていないが、府の保健所でも開催しており、同様のことを目指している。  
 58. 取組内容や難易度はそれぞれの子どもに合わせたものにしており、好きなものからはじめて、挑戦できることを探しながら、療育の内容に組み込んでいる。日々、模索しながら、達成できる目標を支援計画で立て、成功体験を積み重ねながら実践し、保護者とも共有するようにしている。成功体験を軸にした、できることをつくるために、子どもが使いやすい道具などを模索しながら、どうやったらできるのかを考えるようにしている。声掛けや寄り添いなど、最後まで達成できる状況をつくるようにしている。地域の力をかりて、生きる力、周りに助けてもらえる支援、何かにぶつかった時に耐えられるような支援などを行っている。  
 59. 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-3<br>就労支援 | A-3-(1)<br>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。 | 非該当  | 非該当   |

[自由記述欄]

60. 非該当