

愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター	訪問調査日：平成27年12月4日(金)
---------------	---------------------

②施設・事業所情報

名称：そら豆キッズ	種別：放課後等デイサービス	
代表者氏名：龍田 清佳	定員（利用人数）：10名	
所在地：愛知県一宮市北丹町2番地		
TEL：0586-28-8288		
ホームページ：		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成23年 5月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人樫の木福祉会		
職員数	常勤職員： 12 名	
専門職員	（管理者）1名	（児童発達支援管理責任者）1名
	（社会福祉士）2名	※管理者兼任
	（保育士）2名	（支援員）8名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）療育訓練室、相談室
		多目的ルーム、静養室、トイレ

③理念・基本方針

◆理念◆

(法人)

『ひとりひとりひかる』地域の中で豊かな暮らしをめざして。

(施設・事業所)

「あなたらしさ応援団」 こどもたちにワクワクした未来を。

◆基本方針◆

一人ひとりの願いや思いに寄り添い、子どもたちが大人になったときに、それぞれが希望する暮らしが、できる限り困らずにできるよう、子どもたちの発達状況並びに生活環境に応じて、適切かつ効果的な発達支援が行えるように活動していきます。就学期の障害児を対象に、社会的自立生活技術の習得及び集団生活への適応に必要な支援を実施し、児童・生徒とその家族の福祉の増進を図ることを目的とします。日々の活動の中で、発達状況に応じた様々な遊びや課題を提供し、子どもたちが他者との関わり、楽しい経験の積み重ねの中で、日常生活がより充実したものになるよう支援していきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

○市内の学校に通うお子さんたちを主な対象とした支援

特別支援学校に通っているお子さんも対象とするが、市内のデイサービスは、特別支援学校に通っているお子さんたちが主な対象で、特に普通学級のお子さんたちを対象とした事業所がほとんどないことから、当事業所は、普通学級・特別支援学級に通っているお子さんたちを主な利用の対象とし、活動を行っていく。

○併設する福祉サービスの仕事などの体験等も含めた、成人期の暮らしの準備

○相談

- ・つなぎの支援を大切にしていく（縦横のつながり）
- ・各関係機関との関係を深める
- ・本人だけでなく、家族支援も大切にしていく

評価実施期間	平成27年 8月 3日（契約日）～ 平成28年 6月 7日（評価結果確定日）
受審回数 (前回の受審時期)	2回 (平成25年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆事業対象の差別化

地域の同業の事業所が、主として特別支援学校の児童・生徒を対象に事業展開する中、当該事業所は地域の小・中・高等学校の普通学級や特別支援学級に通う児童・生徒を主たる利用対象者とし、差別化を図った事業運営である。登録している子どもの数は約60名。定員10名の事業規模であることから、一人につき週に1回の利用を原則としている。子どもを通う学校が市内各所に点在しており、送迎には手間暇がかかる。

◆母親のボランティア参加

利用登録している子どもの母親が、自身の子どもの利用しない日に来訪してボランティアとして支援の手伝いをしている。職員、アルバイトスタッフ（大学生）とともに年齢が若く、子育て経験を有する“ママ”のボランティア参加は大歓迎である。

◆「実習生の受け入れ」で得られたもの

今年度の事業計画の目玉として、「実習生の受け入れ」を計画し、その計画通りに社会福祉士相談援助実習生の受け入れを実施した。事業計画が綿密に立てられ、前年度の事前準備の段階も計画（スケジュール）に盛り込まれている。同じ建物内で事業展開する「かしの木サポートプラザ」（生活介護、就労継続支援B型等）の協力を得ながら、6名の実習生を修了させた。今回の実習生受け入れで得られた利点や、問題として残った課題・改善点を明確にして、次年度の計画に反映させることを期待したい。もっと、自信を持って良い。

◇改善を求められる点

◆保護者との連携の強化を

保護者会が組織されておらず、子どもの利用は週に1日に限定されていることから、保護者と事業所（職員）との接点が少ない。双方の意識や思いを共有した上で、子ども毎のサービス実施計画が策定され、実践に移される仕組みになってはいるが、そのための保護者の真の意向を聞き取る機会があまりにも少ない。「送迎の機会を利用して…」では、情報が正しく交換・共有されている保証はない。保護者との連携のために一考を要す。

◆アルバイトスタッフに一言

評価日当日に、何人かのアルバイトスタッフ（女子大生）と会うことができた。職員の年齢構成が若いために、支援の現場では誰が職員で誰がアルバイトスタッフか区別がつかなかった。これなら合格であるが、アルバイトスタッフは他にも何人かいる。もしその中に「私はアルバイトです」と言わなければならないスタッフがいたら問題である。子どもにとっても、保護者にとっても、管理者、職員、アルバイトの区別はなく、一様に「先生」である。職員、アルバイトの別なく「先生」としての自覚と意識を統一し、子どもたちの療育が適切に実践されていくことを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業所としても、検討・改善していかなければいけないと感じている点を的確にご指摘頂きました。評価して頂いた内容を参考に、進めていきたいと考えています。

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。

(別添)

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(72項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

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。		
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。	障 1 a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
法人理念はあるが、職員は正規職員が少なくアルバイトスタッフ(大学生)に頼っている状態であり、理念の周知が十分には行きわたっていない。保護者との関係も希薄で、子どもの利用日を週1日に限定しているため、保護者との会話の機会が少なく、周知の機会がない。		

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。		
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。	障 2 a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
特別支援学校や一般の小・中学校からの情報もあるが、法人の相談支援事業所と連携して情報を得、事業運営に活かしている。他法人との競争を避ける目的から、特別支援学校の児童・生徒を主たる利用者としてせず、市内小・中学校の特別支援学級及び普通学級に通う児童、生徒を対象としている。		
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。	障 3 a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
開設から5年目を迎え、当初から利用している子どもは中学生、高校生に成長した。思春期に対応することのできる職員の適正配置が課題となっている。アルバイトの学生スタッフに頼っている現状の打破も改善課題として挙げられている。利用日の調整も課題。特に進学、進級時の組み換えがあった時に、週1日の利用日をどのように割り振るかの調整が困難を極めている。「柔軟な対応」で、何とか乗り切っている状況である。		

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。		
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。	障 4 a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント		
法人の中・長期計画(10年ビジョン)に沿って事業運営を行っており、事業所独自の中・長期計画はない。将来構想として、「児童発達支援センター」の開設を模索している。		

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。	障 5	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
前年度の事業計画を評価し(事業報告書)、新たな事業計画へ展開している。今年度は、5～6名の社会福祉士相談援助実習生の受け入れを事業計画に盛り込み、綿密な計画が立てられていた。他の主要な業務に関しても、実習生受け入れの計画レベルで事業計画を策定することが望まれる。			
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
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。	障 6	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
職員の意見を聞き取り、児童発達支援管理責任者を兼務する管理者がほぼ専任する形で事業計画を策定している。中間時点での見直しはなく、年度の終了時に事業報告書としてまとめている。職員への周知も課題であり、特にアルバイトスタッフへの周知・理解の工夫が必要と思われる。			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。	障 7	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
利用開始時には事業内容を保護者に詳細に説明するが、保護者会が組織されていないことから、その後は送迎時の短い時間での対話が主たるコミュニケーションの手段となっている。事業所(職員)と保護者とが共有する情報量はさして多くない。			

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。			
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。	障 8	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
正規職員、パート職員、アルバイトスタッフが、事業所の職員構成である。活動が放課後～夜に及ぶため必然的に変則勤務となり、職員間で意思の疎通を図ることが難しい。しかし、サービスの担い手である職員の育成が質の向上には欠かせないとして、職員研修に力を入れ、特にアルバイトスタッフとの情報共有を図ることを課題として取り組んでいる。			
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。	障 9	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
課題のいくつかは明確になっているが、計画を立てて組織的に取り組むまでには至っていない。明確になった課題に対しては、改善活動の責任者や改善の期限を決め、責任の所在を明確にして取り組むことが望まれる。			

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。			
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。	障 10	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所の管理者としてだけでなく、児童発達支援管理責任者をも兼務しており、業務管理と現場支援の双方を統括する立場にある。管理者自らの責任の範囲と課せられた役割を理解しており、責任をもって業務執行にあたっている。			
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。	障 11	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
管理者自ら各種の研修に参加し、社会福祉法や児童福祉法等の関連法規についての十分な知識を持っている。研修の内容は職員へも伝達しているが、職員の理解力や身体拘束、障害者虐待に対する意識のばらつきが見られ、伝達研修としての効果を十分には発揮していない。			
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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。	障 12	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
管理者は、「サービスの質の向上」を、職員のサイドからは「子どもの障害特性を読み取る力を持つ」と捉え、利用者サイドでは「子どもが利用の日を楽しみにする」と捉えている。この2極の課題に対して、達成の度合いが明確になる適切な指標を見つけ、定期的に検証して自らが提供するサービスの質の水準を確認してほしい。			
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	障 13	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
1日の定員が10名の事業所に、毎日違った子どもたちが集まる。週に1日の利用が原則になっていることから、その日に利用する子どもに合わせての準備も必要である。加えて、常勤者3名を除けば職員も変則の勤務である。これらを“柔軟な対応”で上手く切り盛りしている。			

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	
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。			
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。	障 14	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
経営基盤の安定を狙って、社会福祉士や保育士資格を有する職員を採用して「加算」を取ることを検討している。福祉業界の人員不足は極まっており、簡単に有資格者の確保には至らないと思われるが、アルバイトスタッフの卒業後を見込んだ採用活動も軌道に乗せたい。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ b ・ ㉟
評価機関のコメント			
法人の主導で検討されていた人事考課制度が中座しており、キャリアパスの導入も先の話である。正規職員とパート職員を対象とした面談こそ実施されているが、面談での双方の合意を得た職員個々の教育・研修ニーズの抽出には至っていない。			

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
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り組んでいる。	障 16	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
管理者による個人面談では就労面での話が多く、個人的な話題に触れることもある。職員の意見や要望を聞き取り、可能な限り職員の意向に沿おうとしている。しかし、職位や階層による有給休暇の消化率にバラつきが見られる。			
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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。	障 17	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
現行の面談制度をそのまま利用して、来年度からは目標管理による人材育成を図るべく、準備にかかっている。			
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。	障 18	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人研修、同一施設内で他の事業を展開する同法人の事業所が合同で実施するチャイプ合同研修への参加を促している。適切な外部研修を見つけると、業務への取り入れがしやすいように担当職員が参加している。履修後には「研修報告書」が提出され、所感として今後の取り組みが記載されていた。履修後に、研修の有効性評価が実施されておらず、研修によって蓄えられた能力(知識、技術)が、支援の現場でどれだけ使えているかの検証が必要である。			
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。	障 19	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
法人の研修に加え、かしの木サポートプラザとのチャイプ合同研修があり、アルバイトスタッフを除けば研修機会は多い。子どもの療育に関する外部研修には、積極的に参加している。			
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。			
II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	障 20	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
計画通り、社会福祉士相談援助実習生の受け入れを実施した。同じ建物内で事業展開するかしの木サポートプラザとの連携により、6名の実習生を受け入れた。効果の検証は年度終了時の事業報告を待つことになるが、今回の受け入れで得られた利点や課題・改善点を明確にして、次年度の計画につながることを期待したい。			

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。			
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。	障 21	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
5年前の事業の立ち上げの段階から第三者評価の受審を検討し、今回が3回目の受審である。複合施設の一角に支援の拠点(プレイルーム)があることから、通路から活動の内容を観察することも可能であり、ハードの部分の透明性は高い。かつて、苦情を受け付けて第三者委員会まで持ち上がったことがあるが、それ以来苦情等の受付はない。苦情を受け付けた場合の、公表の仕組みづくりを期待したい。			

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。	障 22	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
法人の内部監査の仕組みが機能しており、専門性を持った2名の法人監事が監査を実施している。公認会計士や税理士等の外部専門家による定期的な外部監査の実施が望まれる。			

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。			
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。	障 23	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
限られた支援の時間中に、子どもたちと地域とを結びつけるアイテムはさして多くない。送迎の時間を利用して、お店に寄って買い物の学習をすることはある。休日に開催される「かしの木フェスティバル」には、実習生やアルバイトスタッフにも声を掛け、10名ほどの子どもたちも来場した。「チャイブ夏祭り」では、子どもたちが模擬店の売り子として活躍した。			
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。	障 24	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
事業所へのボランティアの来訪は少ない。利用する子どもの母親が、自身の子どもを利用日以外の日にボランティアとして来訪している。若い職員が多い職場だけに、子育ての経験を有する“ママ”のボランティア参加は大歓迎である。			
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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。	障 25	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
子どもたちが日中に通っている小・中・高等学校や特別支援学校とは、緊密な連携関係を構築している。有効な情報源である法人の相談支援事業所との連携も欠かせない。ネットワークとしての組織化はされていないが、地域の同業放課後等デイサービス事業所とは連絡を取り合って情報交換を行っている。			
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	障 26	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
地域から相談を持ちかけられることがあり、相談者である母親の不安や悩みを鎮めるように親身に対応している。現在、利用している子どもの兄弟(障害を持つ)についての相談に乗っている。事業所が入っている建物については、市の災害時福祉避難所として登録されている。			
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	障 27	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
他の放課後等デイサービス事業所が、特別支援学校の児童・生徒を対象として事業展開していることもあり、そこから外れてしまった小・中学校の児童・生徒を中心に利用者を増やしている。10名定員に対して60名ほどの登録があり、子ども一人につき1週間に1回を利用の基本として支援している。複数回の利用を熱望する声も上がっており、定員の見直し等の検討が求められる。			

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。			
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。	障 28	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
正規職員や契約スタッフについては採用時に研修を行っている。ボランティアスタッフについては文書等で周知を図っているものの、会議で行うことができていないため、さらなる共通理解のために会議形式で行っていくことが今後の課題である。倫理綱領等はあるものの、職員が理解するための取り組みについてはやや弱い。			
Ⅲ-1-(1)-②	利用者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。	障 29	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
プライバシーの保護については法人として規程はあるものの、それに基づく施設独自のマニュアル等は整備されていないため、より実効性のあるものが求められる。今後整備していく予定とのことである。虐待防止に関してはマニュアルが用意されており、職員への理解も深めるような取り組みを行っているが、日々のやりとりの中で行っていることから、取り組みとしては弱い。理解のみならず、周知についてもどのように行っていくのが今後の課題である。			
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。			
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。	障 30	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
公共施設等へのパンフの設置等は行われていないが、相談支援事業所との連携が密に行われているため、必要な情報は事業所のみならず相談支援事業所から発信されることが多い。組織を紹介するパンフレットは、シンプルではあるが必要な情報が入っている。ホームページでも情報の収集を行うことができる。情報の内容についての見直しについてはあまり行われておらず、課題として残る。			
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。	障 31	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
利用者の自己決定を尊重する取り組みは行われているが、分かりやすいような事業所独自の工夫や配慮等が十分とは言えない。ただし、対象者が児童ということもあり、サービスの内容が学年ごとに変わることから、その都度説明を行い理解してもらう取り組みを行っている。			
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。	障 32	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
1年に1回、利用希望の聞き取り調査を行っているが、その中で利用者にとって不利益となるような対応は行っていない。相談窓口はサービス管理責任者となっており、説明等は行っているものの、文書等は用意されておらず配布はできていない。手順をはじめ引き継ぎ文書等の整備が課題となっている。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
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。	障 33	a ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント			
満足度調査自体は行っておらず、第三者評価にて得られる「保護者アンケート」や「利用者ヒアリング」を参考にしている。保護者とのやりとりは日々行っており、その中で保護者の要望等は聞き取っている。「満足度」を図る取り組み自体は行われていないため、事業所として保護者及び利用者向けの調査を行っていくことが課題と思われる。利用者や家族による会はないが、「親父の会」や「OB・OGの会」のようなものを作っていたらと考えている。			

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。		
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。	障 34	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
平成23年度に1件の苦情があったものの、それ以降は目立った苦情は見られない。苦情解決の仕組みについては整っており、責任者の設置はもとより資料の配布等も行っている。掲示物については分かりやすい書面が確認できなかったため、対応が必要と思われる。苦情を申し出しやすい工夫の一つとして「苦情受け付けボックス」が玄関に設置してある。ただ、活用する人はほとんどおらず、周知のあり方、活用のしやすさ等について検討が必要である。		
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。	障 35	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
相談しやすい環境については、相談室やミーティングルームなど複数の部屋が用意されており、プライバシーに配慮されているため、話しやすい環境が整っている。課題としては相談体制が整っていることに関する周知(わかりやすい文書等の配布・活用)が十分ではないことから、それらの整備が必要と思われる。		
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。	障 36	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
相談や意見が出された場合、現場スタッフから管理者に行き渡る仕組みは十分整っているが、マニュアル等の整備については遅れており、今後の課題である。意見箱については玄関に「アンケートボックス」が用意されているが、活用される機会がないため、活用方法について検討する必要がある。連絡帳や日頃のコミュニケーションの中で積極的に意見や要望を聞き取っている。		
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。		
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。	障 37	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
リスクマネジメントの責任者は管理者となっている。法人全体でリスクマネジメントに関する会議があり、そこで得られた情報を現場職員に伝達している。伝達方法については会議だけでなく、サービス提供開始前の時間を使って情報共有等を行っている。課題としては、リスクマネジメントに関する事例検討や要因分析、再発防止策の検討が不十分なことである。		
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。	障 38	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
アルコール消毒やマスク着用等は行っている。ただし、マニュアルの整備や職員向けの勉強会、感染症の発症時における具体的な対策が十分とは言えないため、今後の整備が課題である。		
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。	障 39	a ・ b ・ ㉟
評価機関のコメント		
「かしの木サポートプラザ(同じ建物内でサービス提供を行っている)」で行っている避難訓練に職員のみが参加することはあるが、子どもたちが参加する機会がない。早急に計画して、子どもを含めた避難訓練の実施が望まれる。備蓄については「そら豆キッズ」にはないがチャイプ全体で確保してある。安否確認の方法や災害時における対応体制が明確となっていないため、これらの整備が課題である。		

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。		
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。	障 40	a ・ ㉞ ・ c
評価機関のコメント		
標準的な実施方法については書面にて整備されている。写真を多用しており、視覚的にも非常にわかりやすいものが多く整備されている。実際のサービス提供との照らし合わせについては十分に行われていないため、手引きの中身と現場の対応に差異がないか確認していく仕組みが必要である。		

	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。	障 41	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
「いつ」、「誰が」、「どのように」見直しをしていくのかという明確なルールがない。見直しがされているマニュアルも一部確認できたが、「必要に応じて変更した」というものであり、全体的に見直しについては取り組みが弱い。			
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。			
	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	障 42	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
アセスメントの中身については必要な情報が集約されており、内容については十分と思われる。通常のアセスメントとは別に「自立課題アセスメントシート」と呼ばれる個別のアセスメントシートが用意されている。全員が対象ではなく、自立課題が必要な利用者に作成されており、内容もかなり充実している。全員分の作成が行われておらず、現在作成している段階であるため、全員分の整備が早急の課題である。			
	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 43	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
見直す時期は6ヶ月後と決まっており、その内容についてもしっかりと作成されている。見直しに関する検討会議自体はなく、日頃関わりのある職員から情報を入手して見直しを行っている。見直した内容に関する周知については、日々の記録用紙に新たな課題等を転記することで、常に個々の目標が見えるような工夫がなされている。			
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
	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。	障 44	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
統一した用紙にて記録されている。情報についてはサービス開始前のミーティングや、グループごとの会議等において周知を図っている。パソコン等の記録ではなく手書きによる記録作成であるため、情報共有の媒体物は全てファイルとなっている。ファイルを見ることで日頃の様子や伝達事項等が把握できるような仕組みとなっている。課題としては、職員による記載事項の差異をなくすため、「記録作成要覧」等の作成が必要であろう。			
	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。	障 45	a ・ b ・ ㉔
評価機関のコメント			
個人情報保護規定については整備されていない。また、記録管理に関する研修会や具体的な対応方法については取り組みが弱く、今後の課題である。			
Ⅲ-2-(4) 利用者の地域生活への移行支援を行っている。			
	Ⅲ-2-(4)-① 利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 46	非該当
評価機関のコメント			
非該当			

Ⅲ-3 障害福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-3-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-3-(1)-①	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。	障 47	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
絵カードや写真等を活用しながら、少しでも利用者が分かりやすいような工夫や配慮がある。保護者からのヒアリングにて聞き取った「文字カード」も継続して導入し、言葉だけでは意思疎通が図れない子どもを対象に積極的な取り組みを行っている。現在、視覚的なツールが必要な子どもが何名かいるが、全ての子どもに対応できていないことが課題である。			
Ⅲ-3-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 48	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
自立課題プログラムを行っている際は、利用者の主体的な活動ではなく、保護者等の要望による活動を提供する時間となっている。それ以外のフリータイムについては、子どもたちの遊びたい活動を応援するため、必要に応じておもちゃなどのアイテムを用意している。調理活動では、子どもたちの作りたいメニューを決めてもらうなどの取り組みを実施した。頻度や選択肢の幅など課題は残るが、現時点で行える主体的な活動を提供している。			
Ⅲ-3-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が、整備されている。	障 49	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
支援の必要度についてアセスメントシートを基に職員会議で話し合い、職員によって対応の差が極力出ないよう情報共有を行っている。具体的な内容については「個別支援シート」に記載している。家族等の意向については、口頭ではあるがその都度確認を行っている。見守り支援をする職員の対応や環境の整備に関する検討が甘く、今後の課題である。			
Ⅲ-3-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 50	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
中・高生向けのプログラムとして、「食器の片付け」、「カフェの仕事」等、特別なプログラムがある。その他「掃除」や「洗濯干し」、「洗濯たたみ」など年齢別のプログラムも用意されている。事業所内での活動については十分整備されているが、社会資源を活用した施設外での活動がほとんどない。公共交通機関の利用は難しいものの、買い物学習については工夫次第で取り組みができよう。今後の取り組みに期待したい。			
Ⅲ-3-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 51	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	障 52	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 53	非該当
評価機関のコメント			
非該当			

Ⅲ-3-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(3)-①	入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	障 54	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 55	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 56	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(4)-①	排泄介助は快適に行われている。	障 57	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
排泄に関する記録は、毎日所定の記録用紙にて記載している。内容についても「出た」、「出ない」だけでなく、その量や内容、状態についても記載されている。マニュアルの整備やチェックリスト等の整備が不十分であるため、これらの整備が課題となっている。			
Ⅲ-3-(4)-②	トイレは清潔で快適である。	障 58	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
トイレは清潔に保たれており、整理整頓されている。防臭対策もなされている。男子トイレの壁面には、立位で用を足す場合の手順が、かわいい絵によって示されている。			
Ⅲ-3-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 59	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(5)-②	衣服の着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 60	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
活動中に衣類が汚れたり、トイレにて失敗した際は、職員が気づいて衣類の着替えを行うことがある。また、本人の意思を尊重して衣類の着替え等を行っており、個別な対応に心がけている。ただし、衣類の破損時等における業務手順が用意されておらず、口頭にて周知していることから、手順の整備が課題と言える。			

Ⅲ-3-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(6)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 61	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(6)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 62	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(7)-①	安眠できるように配慮している。	障 63	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(8) 健康管理が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(8)-①	日常の健康管理は適切である。	障 64	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
Ⅲ-3-(8)-②	必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 65	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
提携病院については車で10～15分の所にあり、緊急時速やかな対応が得られるようになっている。課題としては、健康面に変調があった際、適切に行動するためのマニュアル等が整備されていないことである。			
Ⅲ-3-(8)-③	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	障 66	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
てんかん発作時に座薬を使用する子どもがいるのみで、それ以外の子どもについては投薬支援はない。ただ、災害や緊急通院時における投薬状況の把握が必要となる場面を想定し、全員分の処方箋を収集するよう心がけている。投薬マニュアルはあるものの、薬物支援の誤薬マニュアルなどは整備されていない。現状は必要ないとのことだが(投薬する対象者がいないため)、出てきた際に即座に対応できるよう今のうちに整備しておく必要がある。			
Ⅲ-3-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
Ⅲ-3-(9)-①	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 67	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント			
子どもたちの主体的な活動を尊重するため、その都度希望調査を行っている。希望する遊びの中で、既製品では対応できない遊びについては、職員が手作りのアイテムを作る等の個別の対応も行っている。外部の社会資源の活用については乏しいため、活動に導入できるものを探すことも必要である。			

Ⅲ-3-(10) 外出、外泊が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 68	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 69	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 70	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント		
お金を預かっているケースはほとんどなく、預かり金についての規程は整備されていない。例外として、子どものモチベーションを高める目的から「がんばりカード」と呼ばれるカードを作成し、自立課題プログラム(例:掃除・洗濯干しなど)をこなすことで、あらかじめ保護者より預かっていたお金を渡すような取り組みを行っている。		
Ⅲ-3-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 71	非該当
評価機関のコメント		
非該当		
Ⅲ-3-(11)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 72	非該当
評価機関のコメント		
非該当		