

様式1

福祉サービス第三者評価結果報告書 【障がい福祉分野】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	堺市立第1つぼみ園		
運営法人名称	社会福祉法人 堺市社会福祉事業団		
福祉サービスの種別	医療型児童発達支援センター		
代表者氏名	園長 里村 麻由子		
定員（利用人数）	30 名		
事業所所在地	〒 590-0137 堺市南区城山台5丁1番4号		
電話番号	072 - 299 - 2031		
FAX番号	072 - 298 - 0216		
ホームページアドレス	http://www.scswa.jp/		
電子メールアドレス	tsubomi@scswa.jp		
事業開始年月日	平成5年7月20日		
職員・従業員数※	正規	15 名	非正規 7 名
専門職員※	保育士 5 社会福祉士 2 看護師 3 理学療法士 3 作業療法士 1 言語聴覚士 1		
施設・設備の概要※	[居室] なし		
	[設備等] 保育室4、集会室兼保育室1、観察室2、浴室、相談室1、診療所、運動療法室、作業療法室、言語訓練室、保護者控室、ボランティア室、研修室		

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	2 回
前回の受審時期	平成 30 年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

【理念・基本方針】

発達のおくれや障害のある人たちが、地域社会で安心して、いきいきと学び生活できるように、乳幼児期から高齢期までライフステージに沿った専門的サービスを提供します。・すべての利用者の人権、人格を尊重し、利用者の声に耳を傾けてサービスを提供します。

- ・すべての利用者の成長、発達する権利を尊重し、社会参加を支援します。
- ・専門家としての知識と技量を高めることに努め、社会の変化と要請にこたえるために、関係者と共同していきます。
- ・自覚と責任をもって、サービスの質的向上と効率的な運営、経営をめざし、安定的、継続的な支援を行います。
- ・常に、正直で誠実、ていねいな仕事を心がけ、利用者や関係者、地域社会から信頼を得ます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ・親子登園を基本とし、保護者学習会等の保護者支援を充実させている。その中で保護者同士のつながりも広がり、保護者のエンパワーメントにつなげている。一方で、保護者の要望に応え登園形態を見直すことで平成31年4月より単独登園の日数を増加させ保護者の育児負担を軽減させる等、総合的な保護者支援に取り組んでいる。
- ・保育士だけではなく、セラピスト・看護師等の専門職種を配置しており、どの職種に関しても施設指定基準を上回っている。全職員が多職種間で連携する意識を高く持ち、個々の状況にも配慮した療育を行っている。
- ・給食は、委託ではなく自園での調理を行っている。子どもの発達段階に合わせた段階食やアレルギー対応食を提供している。偏食対応も多職種で連携し行っている。また、言語聴覚士と厨房が連携し、誤嚥のリスクが高い園児には嚥下食の提供を行い、きめ細かく安全な給食の提供に取り組んでいる。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 ほっと
大阪府認証番号	270051
評価実施期間	令和3年10月1日～令和4年3月31日
評価決定年月日	令和4年3月31日
評価調査者（役割）	2101B023（運営管理委員） 1701B018（専門職委員） 1701B020（専門職委員） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

泉北高速鉄道「光明池駅」から徒歩20分の距離にあり、医療型児童発達支援センターとして早期療育の場として、事業を行っています。医師、看護師、理学療法士や言語聴覚士など、各専門分野との連携もおこない、保護者、社会の要望にも応えていけるように事業展開を進めています。保護者アンケートも毎年実施され、各要望や意見に対しては、職員全体で向き合うことができるように努めています。園児の一人一人に向き合うために研修や会議もおこなわれ、その実践の蓄積を職員全体で共有できるように努めています。しかし、指定管理者制度の中、中長期計画の策定について5年スパンでの計画となっており、堺市行政との公共施設としての在り方を示す長期計画策定が望まれます。

◆特に評価の高い点

- ・様々な障がい特性に対応できるよう医師を含め、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等配置し、各会議等で組織的な支援を組み立てていけるように努めています。
- ・「業務マニュアル」の「児童発達支援センターの社会的責任」の項目に基本的な考え方が明記されており、地域に向けても「どようびクラブ」等を開催し、地域ニーズに答えていけるように努めています。
- ・児童発達支援センターとして、診療所が併設されており、医療的ケアの必要な園児については医師や看護師の助言のもとに安全管理体制については徹底できるように努めています。

◆改善を求められる点

- ・指定管理者制度の中で、就学前児童の療育について行政と一体となった長期計画の策定を望みます。
- ・公共施設としての地域での役割の再検討するよう望みます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受けることで、職員がこれまで行ってきた療育について整理し、見直すことを通じて改めて改善点など気づく機会となりました。また丁寧に園の療育について聞き取りをして頂き、日々の療育を高く評価して頂いたことは、職員にとって大きな励みになります。指摘事項については、行政と話し合いながら共に取り組んでいきたいと思えます。また、地域での役割についてはニーズを把握しながら、利用者の方に安心して利用していただけるよう、公共施設としての役割を果たしていけるよう努めていきたいと思えます。

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
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。		
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・理念・基本方針は、文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等に記載されており、明文化したもの『利用者の皆様への約束』を玄関ロビー、2階廊下に掲示しています。 ・職員への周知は職員会議等で行われており、行動規範を名刺サイズにし常時携帯し、いつでも確認できるようにしています。 ・園児の保護者に対しては具体的な保育・療育目標が作成され、パンフレットに記載して入園時に伝えています。 ・今後は周知状況の確認を行い継続的な取組みが望まれます。 	
		評価結果
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。		
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉事業の動向については法人の部長会議、園長・所長会議等で把握・分析されています。 ・地域の計画については市の障がい支援課との定例会議を開催しニーズや課題の分析を行っています。 ・利用者の推移や収支状況は中間監査時に上半期をまとめ、決算監査時に1年間のまとめを行い分析しています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・理事会や園長・所長会議などで経営環境や職員体制、人材育成、財務状況等の分析にもとづき、課題や問題点を明らかにしています。 ・具体的な対応や財務状況は会議等を通じて園長より各部署へ周知をはかっています。 ・人材育成の課題は出産・育児休暇を取得する職員が多く、短期臨時職員で対応しているため人員体制の整備の課題を認識しています。 ・次期指定管理にむけて運営方法の改善等について各部署で検討を継続している。 	

		評価結果
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。		
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 平成31年～令和5年度の5か年にわたり、サービス・経営・地域・チャレンジの4つの分野に関する計画が策定されています。 中長期計画は経営の分野には数値目標が掲載されていますが、他の分野でもより具体化されることが望まれます。 中長期目標の表現がシンプルでもう少し各分野の状況の記載など計画の根拠なども記載されてもよいと思われます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 中長期計画はつぼみ園としての様式があります。単年度の事業計画は法人としてまとめられていて、第1つぼみ園としての計画を把握するために、第1つぼみ園だけを抽出したものがあってもよいと思われます。 事業計画では法人全体での数値目標があげられています。(延べ利用者数、満足度調査の回答者比率、収入について) 数値目標についても第1つぼみ園の目標値をかかげることが望まれます。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 各職種会議で検討した内容を主任会議で集約し事業計画に反映しています。 単年度の事業計画は前期のまとめ(8月)で上半期を振り返り、後期の事業計画にいかせるようにしています。また、後期のまとめでは1年間を振り返り、次年度の事業計画に反映しています。 	
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 利用開始時に、保護者対象に説明する場を設けており、「入園のしおり」を用いて福祉内容や利用料金について説明を行っています。またサービスのねらいや行事計画、安全衛生面、危機管理などについては各職種からオリエンテーションを実施しています。 年度初めの4月にはクラスだよりにて主な事業計画を説明しています。 施設と利用者保護者が同じ目線でサービス・支援のあり方を捉えることを大切に考え、分かりやすく説明する資料の工夫をおこなっています。 	

		評価結果
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。		
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 各部門・部署でモニタリングや振り返りを行い、サービスの質を評価し、計画を見直すシステムがあります。 自己評価を年1回実施し、第三者評価を計画的に受審しており結果をホームページや事業団だよりに公表しています。 所管課による管理者セルフモニタリングを実施し、評価をうけています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 自己評価については各部署ごとに職員が参画して評価を行い、第三者評価結果については職員会議や各園会議等で周知し必要に応じて対応策を検討しています。 保護者会との要望懇談会を開催し、利用者アンケートを実施しています。 地域との交流を望む声がありますが、コロナウイルスに感染防止のため、2020年度より実施方法を見つけることが難しい状況があります。 	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
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。		
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・危機管理関係など各種マニュアルにおいて管理者の役割を明文化しており、研修や訓練等で周知に努めています。アルバイト職員には運営マニュアルが配布されておらず、周知の工夫がさらに望まれます。 ・管理者不在時に有事が発生した際の対応について検討しています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・大阪府の実施する集団指導を受け、事業団全体での役職者研修の中で法令等について研修を実施しています。 ・障がい者の権利擁護や個人情報の取り扱いについても研修を実施しています。職員に必要な内容は職員会議での周知や資料の回覧を行っています。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者・保護者向けに行う「利用者アンケート」の結果や利用者からの要望に対応し、随時利用者・保護者との懇談会を開催し、話し合う機会を設けています。 ・提供しているサービスについて、日々現場の巡回や主任会議において、問題や検討事項を把握し、取組について指導助言を行っています。 ・ヒヤリハットが年間1件と少なく、日々の業務の中での気づきを文章化し共有を進めることが望まれます。 ・園内に研修部会を設け、計画的な研修を実施し、職員の参加を促しています。 	
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人内の園長・所長会議において人事・労務・財務などを含めた経営の分析を行い、必要に応じて各職場での取組につないでいます。 ・経営の改善や業務の実効性を高めるため、各部門会議⇄主任会議⇄園長・所長会議という流れを作っています。 ・今年度は会議にZOOMを導入し効率的に業務ができるよう改善をはかっています。 	

		評価結果
Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成		
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。		
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・人材確保については堺市との協議・承認の上で採用を行っています。 ・職員募集はハローワーク・堺市広報・ホームページ・インターネットにより行っています。保育士養成の教育機関に足を運び直接求人活動を行っています。 ・採用後職員が新たな資格を取得することを推奨しています。 ・急な退職後職員確保に苦労する場合があります。職員の年齢構成が幾分アンバランスがみられ、長期的な人材確保にむけた計画の策定が望まれます。 	

II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念・基本方針に基づき、人材育成計画に求められる職員像が明記されています。 ・職員の異動調書の提出を受けて必要に応じて個別ヒヤリングを実施しています。 ・人事評価制度が導入されており、キャリアパスを描くことができる総合的なしくみがありますが、さらに職員が自ら将来の姿を描くことができるような工夫、周知が望まれます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・園長は毎月各職員の超過勤務、有給休暇取得など就業状況を確認しています。 ・新規採用職員は採用後1年以内に法人の産業医面談を受ける体制になっており、また副主任クラスが相談相手になる体制を決めていますが定期的な面談ではなく、必要に応じてアドバイスをこなうことに努めています。 ・オーバーワークになりがちな職員の業務改善がさらにすすむことが望まれます。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・人事評価における業務目標の設定を行っています。人事評価を実施するにあたり、半期に一度は面談を実施し、進捗状況を確認しています。 ・年度末には1年を振り返り、次年度の目標設定に活かしています。また、面談は職員とのコミュニケーションを深める機会と捉えています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・求められる職員像を明確にし、人材育成計画、人事評価シートで自己啓発・能力開発に関する内容を確認し、それに沿って計画的に研修の受講を促しています。 ・新採用者研修・職種別研修・職階別研修など、主任級以上で現場の状況を把握しながら組み立てています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・研修部や主任が中心になり、研修計画を策定しています。 ・全職員対象の研修を受けられなかった職員には伝達研修をおこなっています。外部研修は派遣研修に加え、自主研修も推奨しています。 ・今年はコロナ禍であるためリモート研修を取り入れています。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉士実習の指導者には指導者講習会に参加してもらい資格を取得に努めています。 ・看護職員や理学療法士、児童発達支援に関わる職員などの実習もマニュアルにそって受け入れています。各大学を回ってパンフレットを置くなど努力を重ねています。 	

		評価結果
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。		
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念、事業計画・報告、予算・決算など事業団だよりに記載し、公開されています。第三者評価の受審結果をホームページで公表しています。 ・苦情の内容および対応については 個人情報の保護に配慮しつつ、ホームページなどでの公開が望まれます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・年2回、監事による監査を受けています。また、外部監査として定期的に法人指導監査、所管課による指導監査を受けています。 ・事務、経理、取引等の関するルール、は職務分掌と権限・責任が明確にされています。今後はさらに職員への周知の工夫と内部でのチェック体制の整備がすすむことが望まれます。 	

		評価結果
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。		
II-4-(1)-①	利用者との交流を広げるための取組を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域との関わりについては、「業務マニュアル」の「児童発達支援センターの社会的責任」の項目に基本的な考え方を明記しています。 ・例年は保育所交流やファイブブラザフェスティバルに参加していますが、今年はコロナ禍の感染防止のため実施できていません。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア受け入れマニュアルを整備しています。 ・コロナ禍の影響で例年受け入れている散髪ボランティアを受け入れることができません。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・園で作成している「福祉のしおり」や「あいのーと」で保護者会学習会を実施しています。 ・堺市障がい児支援進路検討会などに随時参加しています。就学前児童の実態、動向等について共有、把握を行っています。 ・堺市にある児童発達支援事業所の交流会を開催したり、相談支援会議や自立支援協議会へ参画し協働した取組みをおこなっています。 ・リハビリの職員等が幼稚園などに出向いて出前講座を行っています。 	
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	地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・月1回、「土ようびクラブ」として地域の支援が必要な子どもと保護者のために遊びや学びの場を提供しています。 ・園庭開放を行い、地域の子どもの遊び体験を増やし、保護者の進路選択を支援しています。またそのことを通して地域のニーズの把握に努めています。 	

II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
(コメント)	・要望があった際は、保健師、民生委員に向けた見学会を実施しています。今後はさらに積極的に民生委員等との連携に努めることが望まれます。	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・人権擁護保育を目指す「利用者の皆様への約束」を玄関、家族控室、研修室など利用者の目に入りやすい場所に掲示し、利用者の人権を尊重した福祉サービスをするに努めています。 ・職員の名札の裏にも「利用者の皆様への約束」が印刷されていて、日々人権意識をもって保育が出来るように工夫しています。 ・研修で人権について全職員が学び、意識の向上に努めています。 	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護に関する規定を整備し利用者のプライバシー保護に配慮し、「利用者の皆様への約束」に従って利用者の人権を尊重した保育になるよう取り組んでいます。 ・居室でのプライバシーが守られるよう、掲示物などは外から見えないように工夫を行っています。 ・相談などについては相談室を4室設け個々人のプライバシーを守れるように配慮しています。 ・危機管理マニュアルに個人情報の扱いや権利擁護が具体的に示され前回の第三者評価後に改善しています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用希望者には見学会だけではなく、体験を通して療育内容が分かるようにしています。 ・見学会は参加しやすいように利用希望者と日程を調整し行っています。 ・パンフレットを作成し、保健センターや市役所などで配布、ホームページでも掲載するなど、療育を必要としている人の目に留まりやすいよう工夫しています。 ・事業や内容に変更があった場合も利用者の不利益にならないよう適宜パンフレットの見直しをしています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・入園時、福祉サービスを始めて使う利用者には、重要事項説明書や契約書にそって分かりやすく伝えていきます。また、同意については利用者が自己決定できるようゆっくり丁寧に説明を行うようにしています。 ・外国人利用者にはパソコンのアプリを利用し翻訳をしたものを作成し理解しやすいようにしています。 ・ひらがな表記やルビをふるることなど工夫をし、障がいを持つ人や外国人利用者が理解しやすいようにしています。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域のこども園に移行する時や就学時には不利益が生じないよう個人情報提供の同意書に基づき、今までの支援内容を引き継ぐようにしています。 ・並行通園の利用者には保護者の希望により、年1回程度個人支援計画を通園している園に保護者経由で渡すなどサービス内容の共有にも努めています。 ・退所後も外来でリハビリテーションを受ける利用者が多く、継続性が配慮されています。 	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足の上昇のため、保護者評価アンケートを年1回実施しています。結果は事業団だよりで5月にお知らせしています。職員には職員会議で周知し改善点などあれば速やかに対応できるようにしています。 ・年度末に退所する利用者もいるので、アンケート実施時期を早め、年度内にまとめが出来るようにすることが望ましいです。 ・懇談会に不参加の人については、日常的に職員から要望が出しやすいように声をかけるように努めています。 ・意見箱を玄関に設置していますが利用がないので、保護者控室にも設置し利用者が遠慮なく入れやすいように努めています。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の体制を整備しています。また、苦情を受け付けてからの解決までの仕組みについても掲示して利用者に分かりやすいようにしています。 ・ホームページに「ご利用者様のご意見箱」コーナーを設置しています。 ・保護者と話す機会が多い施設なので、当該職員だけでなく要望等を文章化して、全職員の共通意識になるように工夫すること望みます。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・意見や相談がしやすいように懇談やリハビリ実施時なども含め様々な機会に声をかけています。 ・利用者が相談や意見を述べやすくするために相談室4室を確保しています。 ・職員は日常的に保護者と話すことで相談しやすい関係性を築くよう努力しています。 ・入園のしおりなど文書で施設利用時に相談の方法を利用者に伝えています。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談や意見が出しやすいように意見箱を2か所に設置しています。またアンケートを年1回実施しています。 ・ホームページ上でも「ご利用者様のご意見箱」を設置しています。 ・意見苦情対応マニュアルを整備していますが、マニュアルの定期的な見直しは今後の課題です。また、苦情・意見・要望について話を聞くだけでなく今後は記録として残していくことに期待します。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネージャーの選任や委員会の設置はありませんが、ヒヤリハットや事故報告は朝礼で周知し、事故の発生要因の分析、改善策の検討もその都度職員会議等で実施しています。 ・事故発生時の体制や手順はマニュアルを整備し職員に周知して対応をしています。 ・ヒヤリハットや事故収集をおこなっていますが、今年度は1件だけでした。事故になる前のひやりとした事例を多く集めて職員に周知しておくことが大きな事故を防ぐ手立てになりますので今後に期待をします。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症対策マニュアルを整備し、感染症対策の責任と役割を明確にしています。 ・年に1回法人内の感染症対策委員会で現状の分析、情報の共有を行いマニュアルを見直しています。また、コロナ対応など新たな感染症が流行った時も迅速にマニュアルを明記し職員に周知しています。 ・看護師を中心に年度初め、および季節に応じて研修を、保護者や職員に行い、感染症の予防や発生時の対応について周知しています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の安全確保のために災害時の対応を各種マニュアルに記載しています。 ・毎月の火災・地震等の避難訓練を行いざとというときに備えています。 ・職員の意識向上のため職員研修を実施しています。 ・利用者には「災害がおきたら」カードを保護者の名札に入れて配布し災害時に慌てず対応ができるようにしています。 ・利用者・職員の安否確認や情報発信については災害伝言ダイヤル、フェイスブックに加え緊急時送信メールを活用しています。 	

		評価結果
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・業務標準マニュアルを作成し、それに基づき福祉サービスを提供しています。マニュアルには利用者の尊重やプライバシーの保護などを明示しています。また、業務標準マニュアルはホームページにも掲載していただいても見られるように工夫をしています。 ・全職員マニュアルの周知徹底を研修や文書を通じて行い標準的な実施が提供できるよう努めていますが短時間の職員については十分な研修の保障が難しく今後の課題です。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・標準的な実施方法についての見直し方法は決められていて、必要に応じて随時主任を中心に行っています。しかし、個別支援計画等の見直しにも非正規職員の個々の意見が、より反映されるようすることを望みます。 	

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支援計画を適切に策定している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントに基づく個別支援計画は4月、6月、11月の3回作成しています。計画には日常生活動作、あそび、対人・社会性、運動面等の項目を基本にここに応じた目標を設定し取り組み内容を示しています。 ・計画をつくるにあたっては保護者にアンケートを取り保護者の考えを反映できるようにしています。医療的ケアの必要な利用者が多く、医師、看護師、理学療法士等、関係する色々な職種の職員と支援内容について協議して作成しています。 ・令和2年度よりリハビリについてはリハビリテーション実施計画書を作成しより専門的なサービスが提供できるように努めています。 	
Ⅲ-2-(2)-②	定期的な個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の見直しは年2、3回おこなっています。作成した計画は園内で関係する職種の職員と共有するよう努めています。 ・「個別支援計画に基づくサービス提供の流れとその記録について」を手順として取り組みを進めています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの実施記録は保育日誌や家族連絡票等に記載しています。その内容は保育士同士会議などで共有しています。全体に必要な事項は各種会議や日々のミーティングを利用し職員間で共有するよう努めています。また、職員は情報共有の意識を高く持つよう日頃から意識をし、緊急時にも適宜会議を行い情報共有しています。 ・パソコンを利用し情報の共有がしやすい環境を整備するとともに情報漏えいに細心の注意を行いサーバー管理等行っています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録の管理体制は個人情報保護規定に基づき、保管、保存、廃棄、情報の提供など行っています。 ・個人情報の取り扱いについて、入園契約時に保護者に説明しています。 ・職員へ研修を行い、全職員が意識を持って取り組めるようにしています。 ・記録の管理について文書分類表、個人情報保護規定、個人情報利用同意書により適切に実施しています。 	

障がい福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 利用者の尊重と権利擁護		
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A-1-(1)-①	利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・児童発達支援センターとしての位置づけが職員間でも徹底され、園児の状態に応じて、支援計画が作成され、状況に応じてのカンファレンス等の会議で見直しを行うように努めています。 ・障がい状況に応じて食事機能、偏食に対応する食事提供に努めています。 	
A-1-(2) 権利擁護		
A-1-(2)-①	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待や人権尊重に関する研修も全職員が参加できるように配慮され、職員会議等でも周知されるように努めています。今後は研修記録の保管やHP等での情報公開の検討を望みます。 	

		評価結果
A-2 生活支援		
A-2-(1) 支援の基本		
A-2-(1)-①	利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員集団として園児の意欲を高め、達成感を味わい職員との共感関係も大切にする会議記録での記載がありました。 ・連絡帳の記載からは、園内での生活だけに捕われず、保護者との情報共有も大切にするよう努めています。 	
A-2-(1)-②	利用者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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・児童発達支援センターとして、一人一人の園児に適したコミュニケーション方法を検討し、必要な器具も使用しています。 ・外国人利用者に対しても必要に応じて、通訳士やひらがな表記等の工夫に努めています。 	
A-2-(1)-③	利用者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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・個別懇談、連絡帳や電話等で日常的に園児や保護者の思いを受け止める環境を整備し、園内支援だけに捉われず、各関係機関等の連携を重視する取り組みに努めています。 	
A-2-(1)-④	個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	—
(コメント)	非該当	
A-2-(1)-⑤	利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員は専門知識の習得、職種別の会議等を通して支援方法の検討や見直しを大切にするように努めています。 ・環境的にも視覚支援や部屋の構造化等を必要に応じて対応できるように努めています。 	

A-2-(2) 日常的な生活支援		
A-2-(2)-①	個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画を全職員が共有し、それに沿った食事提供や排せつ、移動・移乗等の支援を行うことができるように努めています。 ・支援計画の見直し等については会議の中で確認し、保護者と調整のうえで作成するように努めています。 	
A-2-(3) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。		
A-2-(3)-①	利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・園児の誤食、誤飲を防ぐためにも清掃は徹底され、外部委託での清掃も行われています。 ・安全点検票を作成・見直しも行われており、園児が快適過ごすことができるように努めています。 	
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A-2-(4)-①	利用者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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が配置され、日常生活動作の状況確認を行い、リハビリテーション実施計画書を作成、保護者と確認し、職員間でも共有・確認できるように努めています。 	
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A-2-(5)-①	利用者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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・児童発達支援センターとして、看護師が配置されており、毎日健康状態の把握に努めています。 ・体調変化時には併設されている診療所の医師との連携により迅速な対応を可能とする体制づくりに努めています。 	
A-2-(5)-②	医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・児童発達支援センターとして、診療所が併設されており、医療的ケアの必要な園児については医師や看護師の助言のもとに安全管理体制については徹底できるように努めています。 ・ケース会議等に医師・看護師の参加が会議記録から確認され、医療的な支援が安全管理体制のもとに提供されるように努めています。 	
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A-2-(6)-①	利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	—
(コメント)	非該当	
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A-2-(7)-①	利用者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。	—
(コメント)	非該当	
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A-2-(8)-①	利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・親子通園を基本とする医療型児童発達支援センターで、連絡帳、個人懇談等でできるだけの家族との連携・交流に努め、ホームページでも意見の書き込みが可能になっています。 ・家族アンケートからも意見・要望が確認されました。日常的に意見・要望が伝えやすくなる更なる工夫を望みます。 	

		評価結果
A-3 発達支援		
A-3-(1) 発達支援		
A-3-(1)-①	子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・早期療育、就学前療育の場として、職員全体で子どもの発達保障に向き合っていくことに努めています。 ・「職員倫理と運営方針」、「利用者の皆様への約束」が各室内に掲示され、医師、理学療法士等専門職種とも連携を取り、日常の支援に結びつけるよう努めています。 ・「利用者の皆様への約束」として「全ての利用者の皆様の成長・発達する権利を尊重し、社会参加を支援します。」との明記があり、権利として発達保障に向きあうように努めています。 	

		評価結果
A-4 就労支援		
A-4-(1) 就労支援		
A-4-(1)-①	利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	—
(コメント)	非該当	
A-4-(1)-②	利用者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。	—
(コメント)	非該当	
A-4-(1)-③	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。	—
(コメント)	非該当	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	堺市立第1つぼみ園 園児保護者
調査対象者数	30人
調査方法	園からの配布で回収は郵送で直接ほつとに届く形で実施

利用者への聞き取り等の結果（概要）

母子通園を基本とし、週2回の通所という形もあり、全体に配布するまでの時間がかかったため、回収率自体は40%という数字になりました。

配布数30名 回収12名

人権の配慮 子どもの発達支援については、12名中10名の方が満足をされていました。

文書回答では、保護者への対応も丁寧で、非常に満足されている回答が多かったです。

特に給食については、園児一人ひとりに留意し、障がいの状況に合わせた形で創意工夫がされていることに満足されている回答が目立ちました。

家族の希望としては、障がい状況に応じた送迎が可能なように福祉車両を増やすとともに、園出入口付近に「歩行者困難者等用除外標章」を優先とした駐車場を希望されている声もありました。

園としては、園児・保護者に負担がかからないように通園日の設定をされていますが、保護者からは体調不調等で通園できなかった場合、次の通園まで日数が開いてしまうことがあるので、リハビリ、通園の日数を増やしてほしいとの声もありました。

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等