

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もず園 | |
| 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 | 児童発達支援センター | |
| 代表者氏名 | 理事長 小椋 啓子 園長 稲垣 勝弘 | |
| 定員（利用人数） | 20 名(利用人数) 26 名 | |
| 事業所所在地 | 〒 593-8301 大阪府堺市西区上野芝町2丁4番1号 | |
| 電話番号 | 072 - 279 - 0500 | |
| F A X 番号 | 072 - 270 - 2126 | |
| ホームページアドレス | http://www.scswa.jp | |
| 電子メールアドレス | mozu@scswa.jp | |
| 事業開始年月日 | 平成15年4月1日 | |
| 職員・従業員数※ | 正規 16 名 | 非正規 11 名 |
| 専門職員※ | 保育士 5 名、社会福祉士3名、児童指導員1名 理学療法士3名、作業療法士1名 言語聴覚士1名、看護師2名、 | |
| 施設・設備の概要※ | [居室] なし | |
| | [設備等] 保育室3、浴室1、更衣室2、医務室1、 理学療法室1、作業療法室1、言語聴覚室3、機能訓練室1、大集会室1、相談室3、研修室1 | |

※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 | 28 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】

(法人基本理念)

発達のおくれや障がいのある人たちが、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する。

【施設・事業所の特徴的な取組】

第1もず園は、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ます。その中で保護者同士のつながりも広がりも出来てきています。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日々の通所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ます。

・保育士だけではなく、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・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ます。全職員が多職種間で連携する意識を高く持ち、個々の状況に配慮した療育を行っています。

・給食は、委託ではなく自園調理を行っています。子どもの発達段階に合わせた多様な段階食やアレルギー対応食を提供しています。偏食対応も多職種で連携し行っています。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う等、きめ細かく安全な給食の提供に取り組んでいます。

【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2年10月1日～令和3年3月5日 |
| 評価決定年月日 | 令和3年3月5日 |
| 評価調査者(役割) | 1701B018 (運営管理委員) 1701B020 (専門職委員) () () () |

【総評】

◆評価機関総合コメント

堺市の指定管理者を受け、法人の「安心・安全みんなの笑顔でCAN DO!」をスローガンに事業運営をされています。

診療所も併設され堺市の就学前療育の要となる発達支援センターや相談支援・訪問支援等、医療と連携した事業を展開され、多くの事業が組織運営されています。また多くの事業内容についてもホームページで詳しく説明されていたり、保護者懇談会開催や個別に意見を聞くなどに努め、事業の自己評価はもちろん多くの利用者からの意見を事業に反映させる仕組みも構築されています。

利用者一人一人に対しても、保護者アンケートや関係職種のカンファレンスを反映させた個別支援計画を基に園児の状況に合わせた丁寧な支援が行われています。

セラピスト医療スタッフとの多職種連携が行われ、保護者に対して医療的ケアを含めた相談支援にも丁寧な支援を心がけています。

◆特に評価の高い点

- ・障がい児の早期療育にかける思い、医療的ケアと連携した療育の重要性が、管理者・職員一同から感じられ、専門家集団としての組織が形成されています。

- ・食育を大切にとらえ給食は自園調理で行われ嚥下学会に沿った何段階もの食事形態の提供を行うなど先進的な取り組みが行われています。

◆改善を求められる点

- ・職員の専門家集団として労働意識が高く、職員個別の有給消化、休憩時間の保障などの健康管理については今後の課題として残ります。

- ・長期計画については、就学前児童の療育の公共施設としての役割を行政とともに、策定されることを望みます。また公共施設としての地域での役割の再検討を望みます。

- ・集められた意見により改善がなされているが、その改善点をわかりやすく具体的に保護者に公表周知されることを期待します。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の第三者評価を受け、非常に丁寧に園の療育について見学・聞き取りをしていただき、日々の療育を高く評価していただきました。評価結果を全職員に還元し、さらに業務へのモチベーションアップにつなげていきます。また、改善点については当施設においても課題と感じている部分を的確に指摘していただきました。指摘事項については、現状での改善の難しい部分もありますが、改善につながる職員の採用や業務の見直し、情報の周知の仕方の工夫を心掛けます。

◆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。 | | |
| 1 | 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) 理念、基本方針とも確立されています。ホームページ上の見直しも適切に行われています。職員の周知徹底はかかれていますが、利用児・保護者目線での周知徹底にさらなる工夫を期待します。 | |

| | | 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。 | | |
| 2 | 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) 所管課の堺市子ども家庭課と毎月会議を行い経営状況と課題整理を行っています。また、各部の会議で分析及び共有化を努力されています。 | |
| 3 | 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) 就学前障がい児療育の場として、情勢の把握・分析を通して、その時々々の課題を明確にして定期及び随時の会議を開催されています。人材確保・人材育成については職員全体での課題の共有化に向けて努力されています。 | |

| | | 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。 | | |
| 4 | 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) 中期的な計画は策定され、必要に応じての見直しも図られています。ですが長期的な計画については、指定管理者制度の中で5年毎での見直しが求められる中、公共施設としての役割やあり方についても検討を行い、自治体との共通認識になるように求めます。医療的ケアの必要な就学前療育・教育施設としての長期的な計画の策定が望まれます。 | |
| 5 | 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) 単年度の事業計画は「サービス」「収支」「地域」「チャレンジ」の項目で策定されています。また計画した事業結果がわかりやすいように事業計画と事業報告の形式を統一されています。 | |

| | | | |
|--------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | | |
| 6 | 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) | 各職種会議で検討して内容を主任会議で意見を集約し事業計画に反映されています。また、8月には前期のまとめで上半期を振り返り、年度末では1年間を振り返り、次年度の事業計画に反映できるようにされています。 | |
| 7 | 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) | 就学前の療育・教育の場として、保護者を対象に「入園のしおり」等でサービスのねらいや行事計画、安全衛生や危機管理等各職種から説明をされています。事業所として利用園児・保護者への事業計画の周知は療育効果を上げていくための必要不可欠な事柄として周知徹底を図っています。 | |

| | | | 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。 | | | |
| 8 | 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) | 各部署で、個別支援計画や保育計画を作成し、モニタリングを行い、計画の見直しをするシステムが確立されました。また、年1回～2回取りくみを振り返ることにより、サービスの質を評価し、課題を明らかにされています。自己評価を年1回の実施するとともに、所管課による指定管理者セルフモニタリング(半期ごと)の実施により、評価を受けていますし、保護者会との要望懇談会、利用者アンケートを実施していて、事業団だよりでの報告をおこなっています。 | |
| 9 | 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) | 自己評価や第三者評価については、各部署ごとに職員が参画して評価を行い、結果については職員会議等で周知し必要に応じて対応策を検討されています。人事評価制度の導入もされ、組織的に振り返りを行っています。職員の個別聞き取りからも人事評価システムが入ることにより、計画的な改善策に繋がっていました。 | |

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。 | | | |
| 10 | 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。 | a |
| | (コメント) | 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され、職員にも徹底されていました。また管理者の不在時に有事が発生した際の対応についても朝礼等で常に検討されています。利用者へも苦情解決等の責任者を明確にされており、課題等に対して職員と共に改善するスタンスに立っていました。 | |

| | | | |
|-------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 11 | 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) | 大阪府の実施する集団指導や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受けられています。現場の職員にも必要な内容については、職員会議での周知や押印欄を設けた回覧をおこない、最終確認もされていました。また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行い、研修後の報告書の提出も徹底されていました。 | |
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | |
| 12 | 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。 | a |
| | (コメント) | 利用者・保護者向けに「利用者アンケート」を実施し、その結果や利用者からの要望に対応し、随時、利用者との懇談会を開催しています。また提供しているサービスの質について、取り組み状況や課題を「まとめ」として年2回整理し、必要な改善を行っています。提供しているサービスについて、日々の現場巡回や主任会議において、問題や検討事項を把握し、取りくみについて指導・助言も行われていました。 | |
| 13 | 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。 | a |
| | (コメント) | 法人内の園長・所長会議に於いて、人事、労務、財務などを含めた経営の分析がおこなわれており、必要に応じて、各職場での取り組みにもつなげていました。今年度は、会議にはリモート会議が導入され、効率的に業務ができるように改善を図られており、ICT化も検討されています。管理者として、療育場面やバス送迎等の現場に積極的に参加し現場の状況確認もされていました。 | |

| | | | 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。 | | | |
| 14 | 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) | 法人内の園長・所長会議に於いて、人事、労務、財務などを含めた経営の分析を行なうとともに必要に応じて、各職場での取りくみにつないでいます。今年度は、会議にはリモート会議が導入され、効率的に業務ができるように改善を図り、ICT化も検討されています。ですが、職員の年齢に偏りがあり、長期を見通した職員の確保が必要です。 | |
| 15 | II-2-(1)-② | 総合的な人事管理が行われている。 | b |
| | (コメント) | 毎年、全職員（短期臨時職員を除く）から「異動調書」の提出を受け、必要に応じて園長が個別にヒヤリングを行っています。平成28年度より全職員（短期臨時職員を除く）対象に人事考課制度を導入されています。主任への昇任は、人事考課の評価に加え、園長代理級職員、園長、部長の評価に基づき決定する仕組みが確立されています。資格取得の奨励制度も定められ、職員が将来のキャリアパスを描くことができる総合的な仕組みも確立されましたが、休憩時間の確保等職員の裁量に任されている部分もありました。 | |

| | | |
|----------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| 16 | II-2-(2)-① | <p>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。</p> <p>(コメント) 管理者が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されていました。法人の労働安全衛生委員会では、頸肩腕・腰痛などの健康診断や予防、メンタルヘルスなどの研修も実施されています。働きやすい職場づくり、資質向上の観点から職員同士が評価しあえる「にやりホッと」という取り組みを進めたり、オーバーワークになっていないかの検証や人とのつながりを作る取り組みを行なわれていました。職員の聞き取りからも働きやすくやりがいも感じられていましたが、休憩時間の確保等の課題が残ります。</p> |
| 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 | II-2-(3)-① | <p>職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。</p> <p>(コメント) 人事評価における業務目標設定を行われています。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、進捗状況を確認するとともに、職員とのコミュニケーションを深める機会としても確保されていました。</p> |
| 18 | II-2-(3)-② | <p>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。</p> <p>(コメント) 研修内容は主任級以上で、現場の状況を把握しながら組み立てをされています。研修の区分としては、職階別研修や職種別における必須研修や推奨研修などがあり、参加できるような配慮も行っていました。人材育成計画、人事評価シートの自己啓発・能力開発に関する確認内容に沿って研修を実施されていますが、定期的に評価と見直しを行うことが今後の課題として残ります。</p> |
| 19 | II-2-(3)-③ | <p>職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。</p> <p>(コメント) 新採職員研修、主任級研修等職階別の研修および職種ごとの研修を実施されています。全職員を対象にしている研修を受けられなかった職員には、伝達研修を行うなど全職員が受けられるようにも配慮されていました。外部研修は、計画的な派遣研修のほか、研修案内を掲示して自主研修も奨励されています。また職員の資格取得への意欲を高める資格取得奨励制度も設けられています。ただ今年度は、コロナ禍のため予定されていた研修も延期・中止が相次ぎ十分な研修参加とはなっていませんでした。</p> |
| 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 | II-2-(4)-① | <p>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。</p> <p>(コメント) 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してもらっています。実習生を受け入れる際は、指導者にマニュアルを用いて確認をされています。看護職員や理学療法士等、また児童発達支援に関わる職員の実習も受け入れていました。コロナ禍である今年度も感染状況に応じて最善の方法を検討し、各専門職の実習を受け入れられていました。</p> |

| | | 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。 | | |
| 21 | 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) 第三者評価受審の結果、苦情・相談の体制は公表されています。苦情・相談の内容にもとづく改善・対応の状況についてホームページで公表されていますが、事業団全体での公表となり、対応策についても具体的な改善策の提案までは至っていませんでした。 | |
| 22 | 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) 年に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が、内部監査の指摘事項での書類が確認されませんでした。 | |

| | | 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。 | | |
| 23 | 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。 | b |
| | (コメント) 地域との関わりについては、「業務標準マニュアル」の「児童発達支援センターの社会的責任」の項目にその基本的な考え方を明記されています。例年は、保育所交流や図書館ボランティアなどを行っていますが、今年度はコロナ禍の為実施で出来ていませんでした。 | |
| 24 | II-4-(1)-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 |
| | (コメント) ボランティアの受け入れに関しては、「ボランティア受け入れマニュアル」を整備し、基本的な考えや手順、範囲などについて明確に定められています。 | |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| 25 | 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) 園で作成している「福祉のしおり」や「あいのーと」（堺市子ども家庭課編集協力）で保護者学習会をおこなわれています。堺市障害児支援進路検討会等に随時参加し、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に係る事業所交流会を開催し、協働して取り組まれています。相談支援専門員が、相談支援会議や自立支援協議会へ参加し、協働して取り組みが行われていました。また外部向けに「出前講座」が行われています。 | |

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| 26 | 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。 | b |
| | (コメント) 月1回、土曜日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の遊びや学びの場の提供されていました。園庭開放を行い地域の子どもの遊び体験を増やすとともに保護者の進路選択を支援されていました。また外部向けに「出前講座」を行っています。ですが、災害時の地域における役割や地域の活性化や街づくりに貢献していくための一層な努力を期待します。 | |
| 27 | 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。 | b |
| | (コメント) 地域にいる子育てに対する不安を抱える家族を対象に遊びと学びの場を提供されています。外部向けに「出前講座」を行っています。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されていますが、地域住民の多様な相談に応じる機能の確立に向けて一層な努力を期待します。 | |

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。 | | |
| 28 | 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) 正規職員だけでなく、非正規職員を含めての人権研修・関係法令の研修を実施し、全職員が人権意識をもって取り組めるようにされています。全ての利用者の人権を尊重した福祉サービス提供に向け取り組まれています。 | |
| 29 | 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。 | a |
| | (コメント) 個人情報保護・虐待防止対応に関する規則や規定を設置され、それらの権利擁護・法令研修も実施されています。利用者の人権を尊重した福祉サービス提供にむけ、きめ細やかに取り組まれています。 | |
| 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。 | | |
| 30 | 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) 適宜更新されたパンフレットを関係機関に設置したり、見学会を実施するとともに、臨機応変に療育の体験や説明をおこなわれています。 | |
| 31 | 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) 重要事項説明書と契約書にそって分かりやすく説明されています。外国人利用者には、通訳派遣制度を利用したり、ひらがな標記やルビの記載のある資料を用いるなどの工夫がされています。 | |
| 32 | 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) 移行機関へは、情報提供等の引き継ぎと共に、多くの職員が保育所等訪問支援事業の支援員をかねており、必要に応じて訪問支援がおこなわれています。退所後も診療所受診やリハビリを継続する場合も多くあります。 | |

| | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| 33 | 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。 | a |
| | (コメント) 保護者評価アンケートを毎年実施し、結果を分析し公表しています。保護者会からの要望アンケートを毎年受け、改善に取り組んでいます。 | |
| 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。 | | |
| 34 | 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) 苦情解決の体制と「意見・苦情等対応マニュアル」を定められています。施設内とホームページ上での意見箱が設置されるなどの工夫がされています。意見への対応策がホームページ上に公表されていますが、より分かりやすい対応の表記とよりきめ細かい要望の集約を期待します。 | |
| 35 | 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) 普段から保護者との良好な関係に努め、相談しやすい関係づくりに努めています。相談方法を明記したり複数の相談室を整備するなど配慮がみられます。 | |
| 36 | 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。 | a |
| | (コメント) 利用者からの相談や意見を受け改善していただくための工夫が随所にみられます。引き続き、相談や意見の伝えやすい環境づくりへの努力に期待します。 | |
| 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。 | | |
| 37 | 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) ヒヤリハット・事故報告書等で事故報告の収集を行い、朝礼や部門ごとに報告と対応の共有に努めています。発生要因の分析、改善策の検討は、各々の会議で話し合いがもたれています。さらなる防止の為に、短時間勤務の職員を含む全職員での迅速な情報共有の探求を期待します。 | |
| 38 | 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) 法人としてだけでなく、医療併設施設の強みを活かして、医療者と共に感染症対策に細かく丁寧に取り組まれています。 | |
| 39 | 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している。 | b |
| | (コメント) 防災マニュアルの整備、安否確認や情報発信の為に色々なツールを活用されています。その各々の機能は、まだまだ課題も残されている為、更なる利用状況の把握や個別性を考えたツールの利用の検討を期待します。 | |

| | | 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。 | | |
| 40 | 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。 | a |
| | (コメント) 利用者の尊厳、プライバシーの保護に関わる姿勢を明示した業務標準マニュアルが整備されホームページにも掲載されています。 | |

| | | | |
|-----------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 41 | 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。 | a |
| | (コメント) | 業務標準マニュアルは、定例会議と年度末会議において論議され、翌年から改正されるシステムになっています。 | |
| 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。 | | | |
| 42 | 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) | 保護者アンケートや関係職種のカンファレンスを反映させ、年3回の個別支援計画が策定されています。今年度より、リハビリテーション実施計画書の充実がなされました。 | |
| 43 | Ⅲ-2-(2)-② | 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。 | a |
| | (コメント) | 年に3回の個別支援計画の見直しが行われ、園内で共有し関係職種に周知されています。 | |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | | |
| 44 | 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。 | b |
| | (コメント) | 福祉サービス実施状況が各会議で報告され全職員での把握に努められています。業務形態上、パソコンを使用するの限られた時間帯での情報取得となる為、更なる環境整備を期待します。 | |
| 45 | 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) | 個人情報保護に関する規定を設定し、その保管や破棄の適切に実施されました。 | |

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 | | |
| A① | 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) | 利用者の自己決定を尊重出来るような工夫のある実践が行われています。利用者の状態合わせた補助器具の導入やきめ細かい食事対応等で、本人の力が発揮しやすい配慮がされています。 | |
| A-1-(2) 権利侵害の防止等 | | |
| A② | A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | a |
| (コメント) | 規程集や虐待対応マニュアルにおいて権利侵害の防止に関する体制を明文化されています。やむなく行われる身体拘束についても具体的な実施手続きと方法を明文化し、職員会議等で周知されています。虐待防止や人権尊重に関する研修も行われています。 | |
| A-2 生活支援 | | |
| A-2-(1) 支援の基本 | | |
| A③ | 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) | 課題に応じた必要な支援を行い、介助は必要最小限度にし達成感もち次の課題に取り組める様にされています。出来たこと・頑張ったことを全職員が「褒める・共感すること」を全職員が大切にされています。必要に応じて保護者にも説明を行っています。実施されています。 | |
| A④ | 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) | コミュニケーションが十分でない園児にも、機器を活用するなどの工夫を行い、全ての園児が選んだり、決めたりすることを尊重しています。タブレットの導入や口腔機能改善等からのアプローチも行っています。 | |
| A⑤ | 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) | 連絡帳や電話連絡以外に、保護者と個別に話をできる機会を設け、分かりやすく適切な助言に努めています。園独自でまとめた「福祉のしおり」で、社会資源等の情報提供や説明を行っています。 | |
| A⑥ | 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) | 子どもを対象に療育を行う医療型児童発達支援センターのため 非該当 | |
| A⑦ | 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) | 園児の状況を把握し、課題に合わせた支援方法を職員間で検討し実施されています。職員は日頃から研修での専門知識の習得や会議での支援方法の検討・見直しを行っています。障がい特性に合わせた視覚ツールの活用や環境整備も行われています。 | |

| | | |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A-2-(2) 日常的な生活支援 | | |
| A⑧ | 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) | 個別支援計画を全職員で共有し、食事・排泄・移動・移乗等の支援がされています。取り分け、食事は自園調理にて嚙下学会に沿った調理形態を取り入れるなど、園独自の努力がみられます。また、セラピストとの連携が、より専門的な支援になっています。 | |
| A-2-(3) 生活環境 | | |
| A⑨ | 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) | 施設全般と厨房等の設備検査点検は、年間を通して行われています。職員に確認された不備箇所については、適宜補修されています。利用者の状況に応じた休憩スタイルや介助スペースなどの対応に努められています。 | |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 | | |
| A⑩ | 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) | セラピストが、保護者のニーズと園児の状況確認に合わせリハビリテーションを行い、日常生活にも活かせるように親へのアドバイスも行っています。園児の生活支援は、関係職員で連携して行っています。 | |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 | | |
| A⑪ | 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) | 看護師が中心となり園児の健康状態の把握を行い、病気の予防を含めた健康維持・増進の為に助言を職員・保護者に実施しています。診療所と園が情報共有し、一体的に園児の健康管理を行っています。 | |
| A⑫ | 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) | 医療的ケアの必要な園児については、医師や看護師の指導や助言のもと、安全管理体制が構築されています。緊急対応等については、年間通じて職員向けの研修を行っています。医師からの指示は、担当看護師から担当職員に周知されています。 | |
| A-2-(6) 社会参加、学習支援 | | |
| A⑬ | 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) | 子どもを対象に療育を行う医療型児童発達支援センターのため | 非該当 |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | | |
| A⑭ | 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) | 子どもを対象に療育を行う医療型児童発達支援センターのため | 非該当 |
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援 | | |
| A⑮ | 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。 | a |
| (コメント) | 連絡帳や電話連絡、個人懇談で保護者の意向を聞き取り、緊急時等の対応についても共有されています。単独通園日も設けられ、その際の体調不良時の家族への報告・連絡ルールも確認されています。保護者会からの要望・意見等については、懇談会を開催し改善が図られています。引き続きの丁寧な対応とその対応内容の周知に期待します。 | |

| | | 評価結果 |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| A-3 発達支援 | | |
| A-3-(1) 発達支援 | | |
| A⑩ | 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) | 個別支援計画を策定し、障がいや発達に応じた支援を実施しています。計画は、関係職員との情報交換を通して、年に3回作成・見直しが行われています。多職種と相談事業所との連携が図られ、計画書の内容共有もされています。今後も先駆的な実践に期待します。 | |
| | | 評価結果 |
| A-4 就労支援 | | |
| A-4-(1) 就労支援 | | |
| A⑪ | 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) | 子どもを対象に療育を行う医療型児童発達支援センターのため 評価外 | |
| A⑫ | 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) | 子どもを対象に療育を行う医療型児童発達支援センターのため 評価外 | |
| A⑬ | 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) | 子どもを対象に療育を行う医療型児童発達支援センターのため 評価外 | |

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

| | |
|--------|------------------------------------------------|
| 調査対象者 | 第1もず園利用者の保護者 |
| 調査対象者数 | 26 人 |
| 調査方法 | 第1もず園より保護者に、アンケート用紙と評価機関への直送返信封筒のセットを配布してもらった。 |

利用者への聞き取り等の結果（概要）

第1もず園を、現在利用している園児保護者26名を対象にアンケート調査を実施、平成28年度と比較検討できるようにしました。回収は18件なので回答率は69.2%となりました。（平成28年度は94名中51件 回収率54.3%）

満足度が高いのは

- 今年の支援計画は、保護者の同意のもとで作成されましたか。100%（80%以上）
- トイレは清潔で気持ちよく使えますか。介助が必要な時、すぐに対応してくれていますか。

94.4%（80%以上）

以上の2件については、90%以上の方が「はい」と回答

- 第1もず園ではお子様のことが考えられて生活が送れるようになっていると思いますか。
- 他人に知られたくない秘密を守るなど、お子様のプライバシーは守られていますか。

88.9%（90%以上）

88.9%（80%以下）

- 第1もず園の情報を知ることができ、行事などにも参加することができますか

88.9%（80%以上）

以上の3件については、80%以上の方が「はい」と回答

※（ ）内の数値は平成28年度アンケート調査の数値です。

※ 平成28年度アンケート調査の数値は、第1もず園と第2もず園合算の数値です。

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 |