

兵庫県福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書

施設名 : たんぽぽひろば

( 放課後等デイサービス )

評価実施期間 2021年 8月 11日 ～ 2022年 2月 28日

実地（訪問）調査日 2021年 11月 19日

評価決定委員会開催日 2022年 1月 7日

2022年2月9日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター



様式第11-1号

## 兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

### ①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター

### ②施設・事業所情報

|                                 |  |    |            |    |
|---------------------------------|--|----|------------|----|
| 名称：たんぽぽひろば                      | 種別：放課後等デイサービス  |    |            |    |
| 代表者氏名：酒井 亮                      | 定員(利用人数)：  | 10 | 名          |    |
| 所在地：〒679-5165 兵庫県たつの市新宮町光都1-6-1 |  |    |            |    |
| TEL：0791-59-8511                | ホームページ：<br><a href="http://www.aimu-wel.or.jp/tanpopohiroba/">http://www.aimu-wel.or.jp/tanpopohiroba/</a> |    |            |    |
| 【施設・事業所の概要】                     |  |    |            |    |
| 開設年月日：平成31年4月1日                 |  |    |            |    |
| 経営法人・設置主体(法人名)：社会福祉法人 あいむ       |  |    |            |    |
| 職員数                             | 常勤職員：  | 3名 | 非常勤職員：     | 4名 |
| 専門職員<br>※( )はうち非常勤職員を明示         | 施設長  | 1名 | 指導員        | 4名 |
|                                 | サービス管理責任者  | 1名 |            |    |
|                                 | 児童指導員  | 2名 |            |    |
| 施設・設備の<br>概要                    | 職員室  | 1  | 検査室        | 1  |
|                                 | 訓練室①・訓練室②  | 2  | トイレ・多目的トイレ | 2  |
|                                 | 保護者室   | 1  | 倉庫         | 2  |

### ③理念・基本方針

|   |
|---|
| <p>[理念] 敬 すべてのに尊敬の念と感謝の心を忘れずに<br/>愛 わけへだてない愛情をふりそそぐこと<br/>信 信じ合うことのできる人間を</p> <p>[方針] ①利用児が日常生活における基本動作を習得し、及び集団生活に適応することができるよう、利用児の身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に応じて、利用児及び保護者に対し適切な支援を行うことで、その家庭生活の豊かさの向上を図る。<br/>②たんぽぽひろばを利用する利用児及び保護者の意思及び人格を尊重し、その立場に立ったサービスの提供に努める。<br/>③事業を運営するに当たり、地域と家庭との結びつきを重視し、利用児等の居住する市町、保健所等の保健医療サービス及び他の福祉サービスを提供する事業所との連携に努める。</p> |
|---|

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・個別支援計画に沿って、異年齢や障がい特性の違う集団の中でプログラムを実施しています。
- ・余暇活動の充実のために、公共施設を積極的に活用するプログラムを実施しています。
- ・感情の表出が生まれる創作活動や体験活動を積極的に行っています。
- ・保護者及びその家族に対する支援、相談会を実施しています。(交流の場の提供)
- ・ボランティアを受け入れ、地域活動に積極的に参加。学習ボランティア(兵庫県立大学・龍野北高校)地域活動(佐用日本語学校との多国籍交流。上郡町商工会・合同会社サンファームとのジャンボ落花生収穫体験等)
- ・送迎サービス(たつの市・相生市・宍粟市・佐用町・上郡町)を実施しています。
- ・4市3町の相談支援事業所と連携し利用者の情報収集に努め、サービスの質の向上に努めています。

⑤第三者評価の受審状況

|                   |   |
|-------------------|---|
| 評価実施期間            | 2021年8月11日(契約日)～<br>2022年2月28日(評価結果確定日) |
| 受審回数<br>(前回の受審時期) | 初回(年度)                                  |

⑥総評

- ◇特に評価の高い点
- **経営状況の把握や課題の抽出をはじめ、サービスの質の向上に向けて法人全体で組織的な取り組みが推進されています。**  
 月1回法人の障害福祉サービス分野の担当者があつまる「チャレンジ会議」の中で、経営状況の把握やコスト分析、地域課題や各事業所の強みや課題を各事業所間で共有し、アイデアや提案が受けられる体制が法人全体で確立され、地域活動や余暇活動など、療育支援の質の向上に向けた組織的な取り組みが推進されています。
  - **事業所が有する機能を地域に還元する取り組みが行われています。**  
 自然豊かな立地の中で、公園や遊具が整備され、地域の子どもの対象にした夏休み期間中の学習場所の開放や、法人をあげて実施される「あいむフェスタ」が行われているほか、職員有志によるボランティア活動として、参加する「0円ストア」の取り組みなど、事業所が有する機能を地域に還元する取り組みが行われています。
  - **子どもの障害の状況や発達過程等に応じた自律・自立生活のための社会参加や学習支援が行われています。**  
 集団活動の出来る広い訓練室をはじめ、テラスや敷地内にある公園など、子どもが伸び伸びと安全に活動できる環境を備え、異年齢や障害特性の違う集団の中でプログラムを実施され、子どもの障害の状況や発達過程に応じて、集団で行うプログラムと個別活動を組み合わせ支援が行われています。特に公共交通機関の利用や買い物など、社会資源を活用した学習機会を多く持ち、地域のイベントやスポーツとの交流を通じて、社会参加の支援が行われています。

◇改善を求められる点

○ **中・長期的な目標（ビジョン）を明確にした事業計画の策定が望まれます。**

中期5ヶ年計画が策定され、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容が示されていますが、数値目標や具体的な成果を含んだ計画には至っていません。今後は、中期計画の内容をさらに具体化していくために、数値目標など、具体的な成果を設定した、中期事業計画や単年度事業計画の策定が望まれます。

○ **支援や業務の評価から見直しに至るまでの手順（PDCAサイクル）を明確にし、各取り組みの関連性を整理し連動していくことが重要です。**

昨今、サービスの提供については、子どもの障害の状況や発達過程に応じ、改善が図られており、多様な取り組みが展開されていることがうかがえます。今後は、苦情や相談、個別支援計画、サービスマニュアル、日々のケアなど、サービスにかかる情報の関連性を整理され、連動した仕組みを構築することによって、サービスの質の向上を図っていくことが重要です。

⑦ **第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント**

客観的に評価していただき、改めて施設全体への取り組みを見直す機会になりました。改善点が明確になったことで、今後の取り組みに活かしていきたいです。

⑧ **各評価項目に係る第三者評価結果**

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。

## 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

#### 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。   |                                   |         |
| 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><br>○ 理念、基本方針がパンフレットやホームページに記載され、日々の朝礼や個別支援計画作成時など、職員間で話し合う機会が設けられています。また、法人の理念を分かりやすく平仮名で表記する取り組みが行われています。<br>○ 今後は、平仮名で表記した理念や基本方針をパンフレットに記載するなど、さらに子どもや家族に向けた周知の工夫が期待されます。 |                                   |         |

#### 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。  |   |         |
| 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><br>○ 月1回の法人会議の中で各事業所の具体的な数値目標やコスト分析のほか、地域課題や今後の事業の方向性など、経営課題を共有する場が設けられています。                            |   |         |
| 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。       | b       |
| <コメント><br>○ 月1回の法人会議の中で、事業所の強みや課題を明らかにするとともに、各事業所間のアイデアや提案が受けられる体制となっています。<br>○ 今後は、法人会議の内容を職員に周知する取り組みが望まれます。 |   |         |

#### 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。  |                                       |         |
| 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><br>○ 5年先を見据えた、中期計画が策定され、地域の祭りや就労体験のほか、地域の企業との連携を通じた、中期計画に基づいた取り組みが行われています。<br>○ 今後は、中期計画に数値目標や具体的な成果を設定するなど、さらに具体的な中期計画にしていくことが望まれます。 |                                       |         |

|  |   |   |
|--|---|---|
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 中期計画に基づいた、単年度事業計画が策定されています。</li> <li>○ 今後は、単年度計画の内容をさらに具体化していくとともに、数値目標や具体的な成果を設定した事業計画にしていくことが望まれます。</li> </ul>                        |   |   |
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 職員が行う事業アンケートの結果を踏まえて、障害分野のサービス管理責任者が集う「チャレンジド会議」の中で、単年度事業計画の見直しが行われています。</li> <li>○ 今後は、事業計画の実施状況を確認する時期や手順を明確にしていくことが望まれます。</li> </ul> |   |   |
| 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。                 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 毎月発行される事業所の機関紙「たんぼひろばだより」を配布し、年間を通じた行事予定や活動予定を子どもや家族に周知されています。</li> <li>○ 今後は、子ども自治会や家族会などを通じた説明の機会を設けていくことが期待されます。</li> </ul>          |   |   |

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。   |  |         |
| 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。          | b       |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 障害分野のサービス管理責任者が集う「チャレンジド会議」の中で、利用者アンケートの結果に基づいてサービスの質を評価し、質の向上に不足している課題を明らかされています。</li> <li>○ 今後は、一定の評価基準に基づいた自己評価の実施と定期的な第三者評価の受審を通して質の向上に向けた仕組みの構築が期待されます。</li> </ul> |  |         |
| 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。 | b       |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者アンケートに基づいた課題を明らかにするとともに、「チャレンジド会議」であげられた課題を毎月行う職員会議の中で周知されています。</li> <li>○ 今後は、現在の取り組みに加えて、職員参画のもと改善策や改善計画を策定する仕組みの構築が望まれます。</li> </ul>                              |  |         |

## 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。   |  |         |
| 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。   | b       |
| <コメント><br>○ 日々の朝礼や職員会議の中で管理者の役割を表明するとともに、毎月1回発行される機関紙「たんぽぽひろばだより」を通じて周知されています。<br>○ 今後は、管理者の役割と方針を明文化することで、有事における管理者不在時の権限委任について明確にしていくことが望まれます。     |  |         |
| 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。       | b       |
| <コメント><br>○ 障害分野を担当する部長が社会福祉法人経営セミナーや各種研修などに参加し、管理者への伝達が行われています。<br>○ 今後は、法令遵守の観点から経営に関する研修などに参加していくとともに、運営に関する幅広い分野の法令を把握する取り組みが望まれます。              |  |         |
| 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><br>○ 管理者自ら日々のミーティングや職員会議へ参加し、事例検討会の進行を行ったり、職員の学びたい研修に参加できるように、研修の案内を職員へ情報提供を行うなど、福祉サービスの向上に向けてリーダーシップを発揮されています。                               |  |         |
| 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。     | b       |
| <コメント><br>○ 法人全体で行われる「チャレンジド会議」のなかで、各事業所の数値化された経営状況の実績を報告し、利用実績の目標管理が行われています。<br>○ 今後は、法人主導で行われる「チャレンジド会議」に加え、事業所の業務の実効性を向上させるための事業所内の組織体制の構築が望まれます。 |  |         |



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。  |  |         |
| 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><br>○ 法人の人材確保計画に基づいて、事業所に必要な福祉人材や人員体制に関する考え方を明確にされています。<br>○ 今後は、事業所が求める人材確保に向けた計画（人事プラン）の立案が望まれます。  |  |         |
| 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><br>○ 一定の人事基準に基づき人事考課が行われ、職員の意向や意見を反映させるため「チャレンジド会議」の中で検討が図られています。<br>○ 今後は、職員の目標管理や異動、昇進・昇格などの人事基準を踏まえた、総合的な人事管理の仕組みの構築が望まれます。                    |  |         |
| Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。   |  |         |
| 16   | 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><br>○ 職員の就業状況を毎月法人に提出するとともに、有給休暇取得や職員の希望に合わせた勤務調整が行われています。また、県社協の互助会への加入や共済制度を活用し、職員が働きやすい職場づくりに努められています。<br>○ 今後は、働きやすい就業状況を人事計画に反映させていくことが望まれます。 |  |         |
| Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。   |  |         |
| 17   | 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。                  | b       |
| <コメント><br>○ 年に2回職員との個別面談の機会が設けられ、職員個々の目標設定に関する達成状況の把握が行われています。<br>○ 今後は、期待する職員像を明確にしていくことが望まれます。   |  |         |
| 18   | 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。  | b       |
| <コメント><br>○ 年間を通じた研修計画の策定や研修報告書、職員会議録から職員の教育・研修に関する取り組みがうかがえました。<br>○ 今後は、職員個々の研修計画の策定や研修受講後の評価見直しとともに、定期的なカリキュラムの評価と見直しが望まれます。                          |  |         |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 19   | 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。                       | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 経験年数の浅い職員に対する、OJT（職務を通じた研修）が行われ、人事考課自己チェック表に基づいて職員の習熟度に応じた教育や外部研修への参加の機会が確保されています。</li> <li>○ 現在、資格取得情報をチェックリストで職員の資格取得の状況を把握されていますが、職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修プログラムの整備には至っていません。今後は、階層別研修や職種別研修など職員の習熟度に応じた研修プログラムを設定していくことが期待されます。</li> </ul> |  |   |
| 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 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 実習生の受け入れに関する基本姿勢が明文化され、実習生等を受け入れる際の標準的な実施方法が整備されています。</li> <li>○ 今後は、保育士や社会福祉士など専門職種の特性に応じたプログラムの充実が望まれます。</li> </ul>   |  |   |

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。   |   |         |
| 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       |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ホームページや機関紙「たんぽぽひろばだより」を通じて、事業運営に関する取り組みを家族のみならず、公民館や教育機関、相談支援事業所などに配布されています。</li> <li>○ 今後は、第三者評価の受審結果の公表とともに、苦情や相談の内容について公表していくことが望まれます。</li> </ul>                                   |   |         |
| 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       |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 経理規定に基づいて事務や経理、取引に関するルールを職員会議の中で職員に周知されています。また、月1回会計士を交えた会議を実施するとともに、法人内での内部監査が年1回実施されています。</li> <li>○ 今後は、法人全体的な取り組みとして外部監査法人による外部監査を通して、さらに透明性の高い適正な経営や運営に向けた取り組みが期待されます。</li> </ul> |   |         |

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。  |  |         |
| 23  | Ⅱ-4-(1)-① 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。                    | a       |
| <コメント><br>○ 地域との関わり方を重要事項説明書や運営規定に示され、地域の特別支援学校や企業との連携のほか、買い物や公共施設、公共交通機関を利用するなど、子どもが地域の社会資源を活用できるよう取り組まれています。  |  |         |
| 24  | 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。          | a       |
| <コメント><br>○ ボランティアの受け入れに関する基本姿勢が明文化され、ボランティアの受け入れに関する登録手続きや事前の説明が行われています。また、近隣の高校生や大学生などのボランティアの受け入れが積極的に行われています。   |  |         |
| 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><br>○ 福祉施設のみならず、医療機関や相談支援事業所、学校教育機関などの社会資源を把握されるとともに、西播磨療育支援会議に参加するなど関係機関との連携づくりに努められています。また、児童家庭支援センターを中心とした地域とのネットワークづくりに向けた計画が検討されています。  |  |         |
| 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><br>○ 地域の子どもに向けて事業所のスペースを開放し、夏休み期間中の学習場所としての活用を進められているほか、法人をあげて実施される「あいむフェスタ」が行われ、事業所が有する機能を地域に還元する取り組みが行われています。<br>○ 今後は、福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会を開催するなど、公益的な取り組みが望まれます。 |  |         |
| 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><br>○ 法人が運営する児童家庭支援センターや相談支援事業所との連携を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努められています。<br>○ 今後は、把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業や活動を計画していくことが望まれます。  |  |         |

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### 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。  |  |         |
| 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。 | b       |
| <コメント><br>○ 朝礼や職員会議の中で倫理規定に基づいた療育支援について職員間で意識統一が図られています。<br>○ 今後は、標準的な実施方法に子どもを尊重する姿勢を明記するとともに、子どもの最善の利益について検討する機会を計画的に実施していくことが望まれます。   |  |         |
| 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。  | b       |
| <コメント><br>○ 子どものプライバシーを守るため、更衣室や遊戯室が設けられ、私的空間の確保や自ら施錠することができる環境となっているほか、在室中や使用中などを示すカードなどが掲げられ、療育の場面観察を通して、プライバシー保護に配慮した取り組みが行われていることがうかがえました。<br>○ 今後は、個人情報のみならず、プライバシーに関する規定やマニュアルの整備とともに、子どもや家族に対する取り組みの周知が望まれます。 |  |         |
| 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><br>○ ホームページ(たんぽぽひろば日記)に保護者へのお知らせとして、月間のスケジュールや特別プログラムなどの情報が毎月更新されています。また、イラストを取り入れたパンフレットを学校教育機関や相談支援事業所、公民館などに配布されるとともに、見学希望や体験利用の依頼があれば保護者と連絡をとり、見学対応や相談に応じられています。  |  |         |
| 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。       | b       |
| <コメント><br>○ サービス開始時には重要事項説明に加え、機関紙「たんぽぽひろばだより」を通して事業所の活動プログラムを子どもや保護者に説明するとともに、質問や不安な点がないか丁寧に聞き取りされていることがうかがえました。<br>○ 今後は、意思決定が困難な利用者・家族への配慮についてルール化をすすめ、更に分かりやすい説明の仕組みを構築していくことが望まれます。                             |  |         |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業所、サービス内容の変更には、引継ぎシートを用いて、相談支援事業所や関係機関と連携し、子どもや保護者の不利益にならないよう、継続性に配慮した取り組みが行われています。</li> <li>○ 今後は、サービス利用が終了したあとの相談窓口や相談方法を明文化していくことが望まれます。</li> </ul>  |   |   |
| 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。                 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 保護者に対する満足度調査が実施されています。コロナ禍以前は、定期的な個別の相談や面談の機会が設けられ、子どもや保護者のサービスの満足度を向上させる取り組みが行われています。</li> <li>○ 今後は、個別の面談や相談のほか、懇談会など、子どもや保護者が出席する会に職員も同席していくことが望まれます。</li> </ul>  |   |   |
| Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確立されている。  |   |   |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業所玄関入口や重要事項説明書に苦情解決体制を明示され、意見箱を設置したり、保護者からの個別の意見や苦情を受け付けています。また、職員会議のなかで、事業所内の共有が図られています。</li> <li>○ 今後は、苦情に対する改善策を個別のフィードバックにとどまらず、利用者や家族等に配慮したうえで公表していくことが望まれます。</li> </ul>   |   |   |
| 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。              | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 重要説明事項に公的機関を明示し、掲示板に職員の写真や相談先を掲示することで、家族からの相談には積極的に応じています。また、子どもや家族が相談や意見を述べやすいスペースとして、検査室や保護者室を設けています。</li> <li>○ 今後は、日常的に接する職員以外に、相談窓口を設置するなど、専門的な相談、あるいは施設・事業所において直接相談しにくい内容の相談等、相談内容によって複数の相談方法や相談相手をわかりやすく説明した文書を作成するとともに掲示していくことが望まれます。</li> </ul> |   |   |
| 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。                 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 家族へのアンケートや意見箱で利用者の家族の要望や意見を吸い上げ、送迎時や活動時など気軽に相談できるように努められています。また、意見や提案のあった利用者に対しては、記録を残し、検討状況に応じて速やかに報告が行われています。</li> <li>○ 今後は、相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアルを整備していくことが望まれます。</li> </ul>   |   |   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 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><br>○ 事故発生時の対応は、事故発生対応マニュアルを整備し、職員に周知されています。また、法人で1年に1回検証委員会を設置し、発生要因の分析や防止策を検討されています。<br>○ 今後は、ヒヤリハットなど、安全を脅かす気づきの収集の仕組みを明確にすることで、リスクマネジメントのサイクルを構築していくことが望まれます。                     |  |   |
| 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。 | b |
| <コメント><br>○ 感染症の予防や発生時における対応について感染対策マニュアルに明記し、職員に周知されています。具体的には、利用者や職員のマスク着用及び手指消毒の徹底など、感染症予防が行われています。<br>○ 今後は、感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制を明確にするとともに、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催していくことが望まれます。 |  |   |
| 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やっている。           | b |
| <コメント><br>○ 災害時の対応体制は、隣接する児童養護施設の園長を責任者として、法人関係施設が連携して整備されており、「危機管理マニュアル」にもとづき、定期的に訓練が行われています。<br>○ 今後は、近隣の法人施設との連携のもと、避難方法や安否確認、災害備蓄など災害における安全管理の取り組みを明確にしていくことが望まれます。                     |  |   |

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。  |   |         |
| 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。 | b       |
| <コメント><br>○ 食事や排せつ、送迎など基本的な支援についての手順や留意点については、各種マニュアルを整備し標準化が図られています。また、その方法は、職員会及び研修報告会等で周知されていることがうかがえます。<br>○ 今後は、標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みを整備していくことが望まれます。 |   |         |

|  |   |   |
|--|---|---|
| 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。             | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 標準的な実施方法については、必要に応じて職員会議やミーティングで内容を確認し、随時見直しを行っていることがうかがえました。</li> <li>○ 今後は、標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法を組織で明確にするとともに、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映される仕組みづくりが望まれます。</li> </ul>  |   |   |
| 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。              | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 個別支援計画作成マニュアルに策定手順を明記し、家族の参画のもと、担当者によりアセスメントが実施され、ケースカンファレンスにおいて関係職員で話し合い、一人ひとりの実態に即した個別支援計画を作成され、支援にあたっています。</li> <li>○ 今後は、家庭、学校、相談支援、医療機関での様子も含めたアセスメントを行うことで、マネジメントサイクルを確立し、支援の成果を明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>                       |   |   |
| 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。                  | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 個別支援計画の評価見直しについては、年2回、定期的にケースカンファレンスにおいて検討され、モニタリング表を作成し、見直され、利用者や家族との同意を得られています。また、利用者の体調変化など計画の変更の必要性があれば、ミーティングで検討し、速やかに対応されています。</li> <li>○ 今後は、個別支援計画の見直しについての手順を明確にしていくとともに、個別支援をマニュアルへ反映していくことでサービスの改善に繋げていくことが望まれます。</li> </ul> |   |   |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 支援記録は内容が施設内で共有できるようパソコンシステムを活用して、日々のサービス記録に個別支援計画に基づく支援の様子を入力し、ミーティング等において職員間で情報の共有が行われています。</li> <li>○ 今後は、標準的な記録方法の確立や利用者情報の流れを明確にしていくことで、更に記録や利用者情報が有効に活用されていくことが望まれます。</li> </ul>   |   |   |
| 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。                    | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者に関する記録の管理について、「個人情報保護マニュアル」を整備されており、法人において個人情報保護についての研修を組み込み、周知するとともに、個人情報や写真の取り扱いについて、契約時に利用者への同意が行われています。</li> <li>○ 今後は、利用者の記録についての管理の方法や個人情報の不適切な利用や漏えいした場合の対応について明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>                                    |   |   |

## 評価対象A 内容評価基準

### A-1 利用者の尊重と権利擁護

|                  |                                       | 第三者評価結果 |
|------------------|---------------------------------------|---------|
| 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。 | b       |
| 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。 | b       |

#### 特記事項

- おやつや活動の選択など、利用者の希望を確認しながら自己決定を大切にした利用者一人ひとりに対する個別の支援が行われています。特に、活動の役割を子ども同士で決めるなど、主体的な活動が行われていることがうかがえます。
- 虐待防止について虐待対応マニュアルを整備し、虐待防止委員会において、権利侵害の早期発見と対応の協議が行われています。
- 今後は、身体拘束や合理的配慮など、権利擁護に向けた具体的な取り組みを明確にし、職員や利用者に周知していくことが望まれます。

### A-2 生活支援

|                     |  | 第三者評価結果 |
|---------------------|--|---------|
| 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       |
| 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。 | b       |
| 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。           | b       |
| 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。             | a       |
| A⑦                  | A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。                | b       |
| 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。               | b       |
| 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       |
| 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。            | b       |
| 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。       | b       |



|                          |  |     |
|--------------------------|--|-----|
| 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。          | 非該当 |
| 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。       | a   |
| 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。 | b   |
| 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   |

特記事項

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ クッキング・買い物・公共交通機関を取り入れた活動で、見守り支援を含む自立のための支援が行われています。</li> <li>○ 言語によるコミュニケーションが困難な利用者に対して、写真やジェスチャー、ホワイトボードを活用しコミュニケーション支援が行われています。また、異年齢や障害特性の違う集団の中でプログラムを実施することで、色んな人との関わりが持てるよう支援しています。</li> <li>○ 保護者からのアンケートをもとに支援メニューの多様化が図られ、農家での職業体験や公共施設の活用など、創作活動や体験活動を積極的に取り入れたプログラムを実施しています。</li> <li>○ 集団活動の出来る広い訓練室をはじめ、テラスや敷地内にある公園など、子どもが伸び伸びと安全に活動できる環境を備えています。また、安眠(休息)や他児に影響が及ぼすときに利用できる個別スペースを設けています。</li> <li>○ 公共交通機関の利用や買い物など、社会資源を活用した学習機会を多く持ち、地域のイベントやスポーツとの交流を通じて、社会参加の支援が行われています。</li> <li>○ 連絡帳や送迎時の意見交換を通して、家族との連携を図るとともに、相談支援事業所や法人関係事業所と連携し、地域生活への移行のための支援が積極的に行われています。</li> <li>○ 家族の意向を尊重する事例は多くうかがえましたが、子どもの意思決定支援のプロセスについて、具体的なルール化を進められ、明確にしていくことが重要です。</li> <li>○ 子どもの健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応を定めた健康管理に関するマニュアルを整備し、活用していくことが望まれます。</li> </ul> |
|--|

A-3 発達支援

|              |  |         |
|--------------|--|---------|
|              |  | 第三者評価結果 |
| A-3-(1) 発達支援 |  |         |
| A⑯           | A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 | b       |

特記事項

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 個別支援計画に沿って、異年齢や障害特性の違う集団の中でプログラムを実施され、子どもの障害の状況や発達過程に応じて、集団で行うプログラムと個別活動を組み合わせ支援が行われています。特に公共交通機関の利用や買い物など、社会資源を活用した学習機会を多く持ち、地域のイベントやスポーツとの交流を通じて、社会参加の支援が行われています。</li> <li>○ 今後は、子どもの活動プログラムを検証し、見直していくプロセスを明確にしていくことが望まれます。</li> </ul> |
|--|

A-4 就労支援

|              |   | 第三者評価結果 |
|--------------|---|---------|
| A-4-(1) 就労支援 |   |         |
| A⑰           | 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。       | 非       |
| A⑱           | 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。 | 非       |
| A⑲           | 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。   | 非       |

特記事項

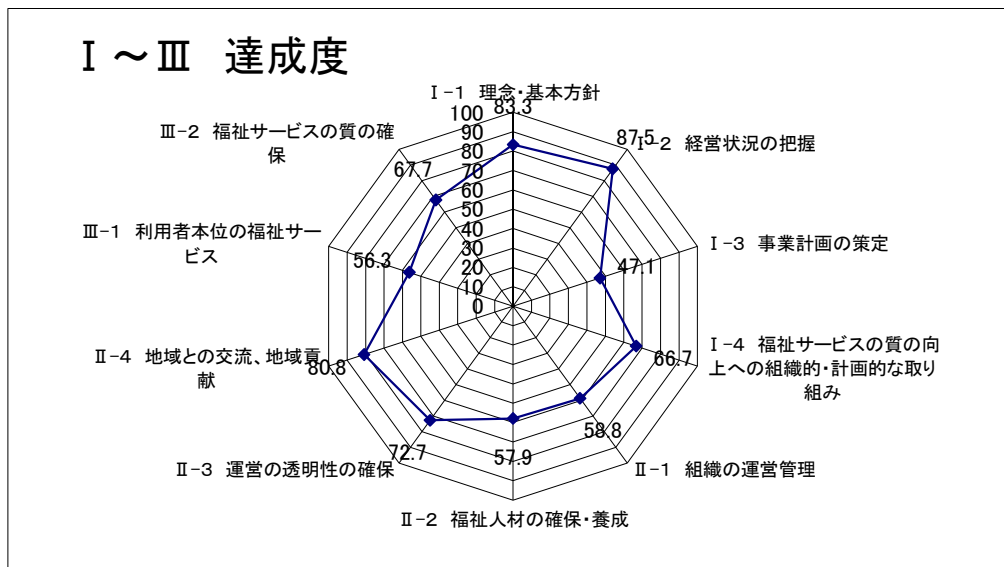
|  |
|--|
|  |
|--|

(別紙2)

## 各評価項目に係る評価結果グラフ

### I～III 達成度

|                               | 判断基準 |     | 達成率(%) |
|-------------------------------|------|-----|--------|
|                               | 基準数  | 達成数 |        |
| I-1 理念・基本方針                   | 6    | 5   | 83.3   |
| I-2 経営状況の把握                   | 8    | 7   | 87.5   |
| I-3 事業計画の策定                   | 17   | 8   | 47.1   |
| I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み | 9    | 6   | 66.7   |
| II-1 組織の運営管理                  | 17   | 10  | 58.8   |
| II-2 福祉人材の確保・養成               | 38   | 22  | 57.9   |
| II-3 運営の透明性の確保                | 11   | 8   | 72.7   |
| II-4 地域との交流、地域貢献              | 26   | 21  | 80.8   |
| III-1 利用者本位の福祉サービス            | 64   | 36  | 56.3   |
| III-2 福祉サービスの質の確保             | 31   | 21  | 67.7   |
|                               | 227  | 144 | 63.4   |



## A 達成度

|                        | 判断基準 |     | 達成率(%) |
|------------------------|------|-----|--------|
|                        | 基準数  | 達成数 |        |
| 1-(1) 自己決定の尊重          | 6    | 4   | 66.7   |
| 1-(2) 権利侵害の防止等         | 6    | 4   | 66.7   |
| 2-(1) 支援の基本            | 26   | 22  | 84.6   |
| 2-(2) 日常的な生活支援         | 4    | 3   | 75.0   |
| 2-(3) 生活環境             | 5    | 5   | 100.0  |
| 2-(4) 機能訓練・生活訓練        | 5    | 2   | 40.0   |
| 2-(5) 健康管理・医療的な支援      | 5    | 2   | 40.0   |
| 2-(6) 社会参加、学習支援        | 3    | 3   | 100.0  |
| 2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | 5    | 3   | 60.0   |
| 2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援  | 6    | 6   | 100.0  |
| 3-(1) 発達支援             | 4    | 3   | 75.0   |
|                        | 75   | 57  | 76.0   |
|                        | 302  | 201 | 66.6   |

