

# 評価報告概要表

## ■第三者評価機関

名 称	社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
評価調査日	令和5年 12月 20日 (水)

## ■福祉サービス事業者情報

名 称	下関市こども発達センターはたぶ園	種 別	福祉型児童発達支援センター
代表者氏名	施設長 阿部 恒信	開設年月日	平成7年2月24日
設置者	社会福祉法人 下関市社会福祉事業団	定員(利用人数)	30名(38名)
所在地	〒751-0827 下関市幡生本町26-12		
電話番号	083-233-9850	FAX番号	083-233-9851
ホームページアドレス	<a href="http://www.shimo-jigyodan.jp/">http://www.shimo-jigyodan.jp/</a>		

## ■総 評

### 全体を通して(事業所の優れている点、独自に工夫している点など)

#### ◇特に評価の高い点

1. 下関市の障害児支援の中核的施設として、診療所を拡充されるなど、支援体制の整備に努められています。また、各種専門職を配置し、様々な事業を実施して、児童期を通じた児童や家族の多様なニーズに対応し、質の高い支援を継続的に行っておられます。  
さらに、地域自立支援協議会等を活用され、下関市全体の障害児・者の支援体制の整備にも取り組まれています。
2. 施設長は自ら現場に入り、職員の意見を聞いたり、職員アンケートを分析するなど、働きやすい職場づくりや支援の質の向上のため、先頭に立って取り組まれています。
3. 障害児相談支援事業や保育所等訪問支援事業などを活用して、退所後のフォローアップに力を入れておられます。
4. 保育所や認定こども園の保育者を対象に障害のある児童のかかわり方に関する連続講座を開設しています。さらに、障害児等療育支援事業の施設支援等を活用して、地域の障害児の保育体制の向上に貢献されています。
5. 第三者評価の自己評価等を活用し、職員が一体となり支援の質の向上に取り組まれています。

#### ◇改善を求められる点

1. 常勤職員の負担軽減の検討：職員配置はゆとりのある配置となっておりますが、非常勤職員が多数を占めており、常勤職員の負担や業務量が増加していることが伺えました。常勤職員と非常勤職員の配置割合の見直し、非常勤職員の常勤職員への登用の検討等を行い、常勤職員の負担を軽減することや年齢構成の偏りの是正の検討を行うことが求められます。このことは支援の質の一層の向上にも資するものと考えます。
2. 職員の処遇向上の検討：非常勤職員は離職者が多く、他施設等へ転職する事例もあるとの声がヒアリング等で聞かれました。その背景には処遇の低さが要因の一つであるとの意見も聞かれました。処遇改善加算等を活用して、人材の確保や定着の観点からも職員の処遇向上の検討を行う必要があると考えます。
3. インクルージョンの理念に基づく後方支援の取り組み強化：2024年4月に改正児童福祉法が施行され、児童発達支援センターが実施する地域支援業務等が法定化され、児童発達支援センターが培った専門性を地域に展開し、インクルーシブ社会実現に向けた後方支援の役割がより一層求められるようになります。当施設は下関市の障害児支援の中核的な施設として、地域の障害児保育等を支える施設支援や保育所等訪問支援事業の一層の拡充、巡回支援専門員の事業実施等の取り組みを行うことにより、インクルーシブ社会実現に向けた後方支援の取り組みを強化する必要があると考えます。
4. 行政当局との協議による計画的な施設の整備改修計画の検討：当施設は開設後27年が経過し、施設設備の老朽化や事業の多角化による改修の必要性が増していると考えられます。応急的な処置を施した箇所が複数確認され、児童の安全確保の観点からも早急な対応が必要と考えます。今後も中核的な拠点施設としての機能を維持するためにも、行政当局と協議の上、計画的な施設の整備改修計画を作成する必要があると考えます。

# 評価報告概要表

## ■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

客観的かつ的確な審査をありがとうございます。  
 評価に対しましては、一層の努力を惜しまず、改善に向けてのご助言に対しましては真摯に受け止めさせていただくとともに、スピード感をもちながら柔軟な対応を進めます。  
 今後もお子さまの更なる成長と自立を目指すため、日常的に利用者ファーストの意識を基本に信頼関係を築くとともに、責任と愛情を以て良好な療育活動に努め、皆様の期待に少しでも応えられるようにステップアップを図ってまいりたいと考えております。

## ■評価分野別評価結果(分野別の特記事項)

I 福祉サービスの基本方針と組織	a	4	b	5	c	0	Na	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>・はたぶ園を運営する下関市社会福祉事業団が中・長期計画の策定を行っており、現行の第3期中期経営計画(2022年～2026年)に基づき、単年度の計画を策定しており、PDCAのサイクルで施設運営を行っています。</li> <li>・中・長期計画や施設の理念、基本方針や事業計画は職員や利用者にも周知され、関係者が一体となって計画等の実行に取り組まれています。</li> <li>・第三者評価を定期的に受審するなど、サービスの質の向上に向けた取り組みに施設全体で行われています。</li> <li>・今後、第三者評価の結果を踏まえ、高い視点での施設運営やサービス提供の改善をしていくことが求められます。</li> </ul>								
II 組織の運営管理	a	10	b	8	c	0	Na	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長が指導力を発揮し、適切な運営管理が行われています。</li> <li>・福祉人材の確保や育成、定着については課題があります。特に、非常勤職員の比率が約2/3を占め高いことや、非常勤職員の離職が多く、人材定着にも課題等を抱えており、対策を講じないと常勤職員の業務量増加や支援の質にも影響を及ぼすことも考えられ、早急な対策が求められます。</li> <li>・地域自立支援協議会等を通して、地域の福祉課題の解決に向けた積極的な取り組みが行われています。</li> <li>・新型コロナウイルス感染症の感染拡大で見合わせていた、地域との交流、園行事の地域開放、ボランティアの受け入れ再開等について検討を行う必要があります。</li> </ul>								
III 適切な福祉サービスの実施	a	12	b	6	c	0	Na	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供前の情報提供、サービス利用中のアンケート実施、サービス利用終了後の移行支援やフォローアップなど、支援の各段階を通じて、児童や家族の意向確認、意向や障害特性等に応じたきめ細かな支援が行われています。</li> <li>・着脱衣やトイレ介助、食事支援等、業務実施のための標準的な手順書の見直し、または新たな策定が求められます。</li> <li>・利用児童の意向等を尊重し、適切な支援サービスが提供されています。</li> <li>・事業所内に各種専門職を配置し、専門職間の連携により、質の高い支援が提供されています。</li> </ul>								
IV 良質な個別サービスの実施	a	16	b	0	c	0	Na	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>・児童一人ひとりに応じた支援を実施するために、センター内の多職種が連携して個別支援計画を作成し、計画に基づき適切な支援が提供されています。</li> <li>・児童の地域移行、インクルージョンに向けた取り組みがきめ細かく行われています。</li> <li>・障害特性に応じた支援や合理的配慮の提供が組織的に行われています。</li> <li>・支援の各場面で児童の意向等を確認する機会が設けられ、将来の自立に向けた自己選択や自己決定を育む取り組みが組織的に行われています。</li> </ul>								

# 評価報告概要表

## 第三者評価結果表

施設名 下関市こども発達センターはたぶ園

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

【 評 価 項 目 】		a	b	c	Na
<b>1 理念・基本方針</b>					
<b>(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。</b>					
1	1 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	○			
<p>(特に評価が高い点)            理念、基本方針は、事業計画、広報誌、ホームページ等に明示され、玄関ホールや事務所に掲示されています。            職員は、朝礼時に復唱し、保護者には、研修会、重要事項説明会を通して周知徹底を図っておられます。</p> <p>(改善が求められる点)            特にありません。</p>					
<b>2 経営状況の把握</b>					
<b>(1) 経営環境の変化等に対応している。</b>					
2	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。	○			
3	2 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		○		
<p>(特に評価が高い点)            全国、県内の福祉団体からの情報により、社会福祉事業全体の動向を把握し、下関市の障害児福祉計画等により、地域の障害児福祉関係情報や利用ニーズを的確に把握しておられます。            定期的開催される、法人内部の施設連絡協議会で経営分析が行われています。</p> <p>(改善が求められる点)            経営課題を職員全体に周知し、具体的な取り組みを行っていただくことが必要と考えます。</p>					
<b>3 事業計画の策定</b>					
<b>(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</b>					
4	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。		○		
5	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>(2) 事業計画が適切に策定されている。</b>					
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。	○			
7	2 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	○			
<p>(特に評価が高い点)            単年度事業計画は、あらかじめ定められた手順で、施設職員全員が関わって計画が策定され、全職員に配布されています。利用者家族に対しては、保護者懇談会等で直接説明し、保護者室にも掲示されるなど周知が図られています。</p> <p>(改善が求められる点)            中・長期の収支計画の策定と、実施状況の評価が行える内容にしていただくことが必要と考えます。</p>					

# 評価報告概要表

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組</b>					
<b>(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。</b>					
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。			
9	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。			
<p>(特に評価が高い点)            児童発達支援ガイドラインに基づく自己評価を毎年実施し、ホームページに掲載し公表するなど、発達支援の質の向上に向けた取り組みを組織的に行っています。また、第三者評価を定期的に受審されています。</p> <p>(改善が求められる点)            第三者評価の評価結果について、組織的な改善の取り組みが求められます。</p>					
<b>評価対象Ⅱ 組織の運営管理</b>					
<b>1 管理者の責任とリーダーシップ</b>					
<b>(1) 管理者の責任が明確にされている。</b>					
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。			
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。			
<b>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>					
12	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。			
13	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。			
<p>(特に評価が高い点)            管理者は、職員とのあらゆる場面での関わりを通して、自らの役割と責任、思いを伝えています。管理者の思いは職員全体に伝わり、理解され、職員から信頼されています。</p> <p>(改善が求められる点)            特にありません。</p>					
<b>2 福祉人材の確保・養成</b>					
<b>(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。</b>					
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。			
15	2	総合的な人事管理が行われている。			
<b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>					
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。			

# 評価報告概要表

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>					
17	1 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		○		
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。	○			
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。		○		
<b>(4) 実習生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。</b>					
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。		○		
<p>(特に評価が高い点)                      臨時職員を含めたすべての職員の研修参加希望を募り、参加を希望する職員には参加の機会を設けています。さらに、職員の専門性の向上のための国家資格等の取得支援も制度化しており、職員研修や施設コンサルテーションなどと相俟って、職員の専門性や質の向上が組織的に行われています。</p> <p>(改善が求められる点)                      研修成果の評価・分析を行うことが必要と考えます。</p>					
<b>3 運営の透明性の確保</b>					
<b>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</b>					
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。	○			
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。	○			
<p>(特に評価が高い点)                      事業所のホームページ、広報誌やパンフレットにより、事業所の理念他、あらゆる情報が積極的に公開されています。</p> <p>(改善が求められる点)                      特にありません。</p>					
<b>4 地域との交流、地域貢献</b>					
<b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>					
23	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。		○		
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。	○			
<b>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>					
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。	○			

## 評価報告概要表

【 評 価 項 目 】		a	b	c	Na
<b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>					
26	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。	○			
27	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。		○		
<p>(特に評価が高い点)            各種協議会に参加し、共通課題を抽出し、課題解決に向けて話し合い、市へ提言を行う等、関係機関との連携が適切に行われています。</p> <p>(改善が求められる点)            地域団体・住民の理解・協力を得ることにより、職員の負担軽減を図りつつ、地域の人々との交流の機会を持たれることを期待します。</p>					

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

<b>1 利用者本位の福祉サービス</b>					
<b>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>					
28	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。	○			
29	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。		○		
<b>(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。</b>					
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。	○			
31	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。	○			
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。		○		
<b>(3) 利用者満足の向上に努めている。</b>					
33	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。	○			
<b>(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</b>					
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。		○		
35	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。	○			

# 評価報告概要表

【 評 価 項 目 】		a	b	c	Na
36	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>(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。</b>					
37	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。	○			
38	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。	○			
39	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。	○			
<p>(特に評価が高い点)            ・利用者の発達状況や障害特性に合わせた非常にきめ細かい支援がなされています。サービス提供終了後の他機関へのフォローや苦情の対応等についても保護者とじっくり関係構築され、積極的になされており高く評価できます。            (改善が求められる点)            ・実践は充分以上にされていますので明記、公表するものについて工夫をされたらと感じました。重要事項説明書に担当窓口を明記される等既存のものを活用することでより効果的になると考えます。</p>					

2 福祉サービスの質の確保					
<b>(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。</b>					
40	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。		○		
41	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>(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。</b>					
42	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。	○			
43	2 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	○			
<b>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</b>					
44	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。	○			
45	2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		○		
<p>(特に評価が高い点)            ・「個」にフォーカスし、その障害特性や発達段階を適切にアセスメントされ、多職種が作り上げた個別支援計画に基づいた支援が意欲的になされています。計画の評価、見直しについても学期ごとや目標設定期間ごとなどタイムリーに行われており、職員が一丸となった支援がなされていました。            (改善が求められる点)            ・新任職員が業務内容をある程度理解できる標準的な手順書の作成、見直しが望まれます。</p>					

# 評価報告概要表

## IV 良質な個別サービスの実施(障害児施設:通所サービス)

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>A-1 利用者の尊重と権利擁護</b>					
<b>(1) 自己決定の尊重</b>					
1	1	○			
<p>(特に評価が高い点)                      ・利用者の主体性を育みながら支援されていました。保護者との情報共有や連携もじっくりと関係構築がなされていました。                      (改善が求められる点)                      ・特にありません。</p>					
<b>(2) 権利侵害の防止等</b>					
2	1	○	/		
<p>(特に評価が高い点)                      ・虐待予防を支援の質向上の軸とされ、研修や支援内容のチェックを積極的に実施されていました。日常の支援でも権利擁護を意識し、職員が共通認識を持って対応されていることがヒアリング等で確認できました。                      (改善が求められる点)                      ・特にありません。</p>					
<b>A-2 生活支援</b>					
<b>(1) 支援の基本</b>					
3	1	○			
4	2	○			
5	3	○			
6	4	○			
7	5	○			
<p>(特に評価が高い点)                      ・個の発達段階や障害特性等を適切にアセスメントされ、それぞれの専門職種が積極的に参画して個別支援計画が策定されています。見直しもタイムリーにできており、それが日々の支援に実践されています。                      (改善が求められる点)                      ・特にありません。</p>					

# 評価報告概要表

【 評価項目 】			a	b	c	Na
<b>(2) 日常的な生活支援</b>						
8	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。	○			
<p>(特に評価が高い点)                      ・個の発達段階や障害特性等を適切にアセスメントされ、それぞれの専門職種が積極的に参画して個別支援計画が策定されています。見直しもタイムリーにできており、それが日々の支援に実践されています。                      (改善が求められる点)                      ・特にありません。</p>						
<b>(3) 生活環境</b>						
9	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。	○			
<p>(特に評価が高い点)                      ・遊具や器具の管理は充分安全を意識されている。また日常的な支援の環境においても大きい集団で対応が難しい場合に小集団に分けて臨機応変に対応されるなど細やかな配慮がなされています。                      (改善が求められる点)                      ・特にありません。</p>						
<b>(4) 機能訓練・生活訓練</b>						
10	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。	○			
<p>(特に評価が高い点)                      個別の発達状況に応じて各セラピストがアセスメントしニーズを個別支援計画に反映させ対応されています。保護者に対しても訓練中に専門的なアドバイスをされたりその場でニーズを拾い上げたりと関係を築きながら支援されています。                      (改善が求められる点)                      ・特にありません。</p>						
<b>(5) 健康管理・医療的な支援</b>						
11	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。	○			
12	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。	○			
<p>(特に評価が高い点)                      ・医療的ケアが必要な子どものクラスに常駐し、適宜専門的な支援をされるなど「個」に合わせたきめ細かい支援がなされています。併設の診療所との連携もよくとれています。                      (改善が求められる点)                      ・特にありません。</p>						

# 評価報告概要表

【 評価項目 】				a	b	c	Na
<b>(6) 社会参加、学習支援</b>							
13	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。	○				
(特に評価が高い点) ・各行事のみならず日常の支援の中でも利用者が主体的に活動できるよう配慮され、さまざまな経験を体験できる環境設定がなされています。 (改善が求められる点) ・特にありません。							
<b>(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</b>							
14	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。	○				
(特に評価が高い点) ・就学時、個別支援計画に引継用のプロフィールや留意点を添付し、就学後は学校に出向いて教員に引き継をされるなど継続性を大切にしたフォローがなされていました。 (改善が求められる点) ・特にありません。							
<b>(8) 家族等との連携・交流と家族支援</b>							
15	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。	○				
(特に評価が高い点) ・連絡帳だけでなく日常の送迎場面や訓練時、情報共有を図りながら途切れないように支援されています。定期的な個別面談や父親の会等、良好な関係構築のための様々な工夫が積極的に行われています。 (改善が求められる点) ・特にありません。							
<b>A-3 発達支援</b>							
<b>(1) 発達支援</b>							
16	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。	○				
(特に評価が高い点) ・「個」を大切に考えて適切にアセスメントし、障害特性や発達状況、個性を含めた利用者に配慮した個別支援計画を策定され、それに基づいたそれぞれの専門分野での支援が日々のミーティングで共有されることでぶれない支援が提供されています。 (改善が求められる点) ・特にありません。							