

福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

② 施設・事業所情報

名 称：児童発達支援センター クムレ	種別：児童発達支援	
代表者：篠原 みゆき	定員：50名	
所在地：岡山県倉敷市水島北幸町2-4		
電 話：086-441-7373	ホームページ： https://www.cumre.or.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：2013（平成25）年5月1日		
経営法人・設置主体：社会福祉法人 クムレ		
職員数	常勤職員：21名 非常勤職員：20名	
専門職員	保育士：4名 保育士：7名	
	看護師：2名 看護師：2名	
	社会福祉士：3名	
	作業療法士：1名 管理栄養士：3名	
施設・設備の概要	指導訓練室（8部屋）、図書室、遊戯室、屋外遊戯室、多目的室、医務室、静養室、相談室、職員室など	

③ 理念・基本方針

<基本理念>

ともに育ち ともに生きる

<基本方針>

- ①利用者満足の追求、②集う人の幸せの追求、③強くしなやかな組織づくり、
- ④地域社会への貢献

<当事業所>

わたしたちは、子どもたちが暮らしやすい、支え合う地域づくりをめざします。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

<PR>

子どもたちが社会で生きていく力を育み、家族や地域住民から愛され、地域の中で豊かな経験を積み重ね、その子らしく生きていくことができるよう子育て（子どもが育つか）を支えます。20歳になった姿をイメージできるよう地域に出向き、幼児期に必要とされる多様な経験を積む機会を提供します。

親子通園では、親子通園に通うことをきっかけとして、親子共に「楽しい!」「嬉しい!」「できた!」の経験を積み重ね、親子の愛着形成の基礎を作ることで“楽しい子育て”ができるよう、私たちが応援します!

<質の向上に関する取り組み>

毎年、児童発達支援ガイドラインに基づく事業所評価に取り組み、評価内容や改善点を公表している。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2021年 7月 8日（契約日）～ 2022年3月22日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（2015年）

⑥ 総 評

◇特に評価の高い点

1. 隣接している保育園との交流保育を積極的に取り入れ、また地域の公園への散歩や園庭の開放など、同年齢の子どもたちとの交流が自然に行われるように取り組んでいる。

当事業所は、同法人保育園や子育て支援センター、地域交流スペースと隣接している。そのため、同年齢の子どもたちと、かかわりを持ちやすい環境にある。現在はコロナ禍による制限はあるが、保育園と合同行事を開催し、特に年長児では週1回のペースで保育園との交流保育を行っている。年長児としての社会性の広がりや就学に向け、子ども同士のつながりをつくる機会となっている。

クラス編成を年齢別に行っているため、医療的ケア児や歩行未獲得児もクラスに含まれており、同様に交流の機会を得ることができる。そのほかの年齢の子どもたちも、児童館や地域の公園への散歩など、事業所外の子どもとの交流が図られる場に、積極的に出かけて行っている。また、園庭開放で、利用児の友だちなどとの交流もある。

当事業所の子どもと職員が保育園の「ほっとサロン」に行き、遊んだりしている。そのような交流の機会は、他の子どもから発達上の刺激を受けたり、障害のあるなしに関係のない子ども同士のつながりにとって、意味のある取り組みであると言える。

2. 法人内外の多様な専門職と連携し、子どもの発達支援や家庭への支援を行っている

子どもの個別支援計画を検討する「プラン会議」には、全員の子どもについて、クラス担任、児童発達支援管理責任者、作業療法士、栄養士が参加する。さらに、医療的ケアや配慮が必要な子どもの場合には、看護師も参加している。事業所内の職種だけでは対応が難しい場合は、法人内の理学療法士、言語聴覚士からも意見を得るようにしている。

法人内インターネット情報共有システムを活用することによって、写真や動画で状況を説明し、助言を得て、取り組みの結果をフィードバックし、さらに分析・評価・助言してもらうことができるようになった。その情報は、保護者とも写真や動画で共有することができるようになり、家庭でのかかわりについて、保護者に対しわかりやすく伝えることが可能となった。

また、主治医と面談して園での様子を伝え、助言を得ている。子どもの状況に応じて、訪問看護、相談支援事業所、児童相談所等の関係機関とも連携し、支援を実施している。きょうだいや保護者自身の相談には、地域の相談職と連携し、対応している。

そのように、法人内外の多様な専門職と連携して助言等を得て、役割分担を行いながら当事業所では子どもの発達や家庭への支援を行っている。

3. 専門職（作業療法士）を、事業所全体の子どもと家族支援のために活用できている

当事業所の支援は、法人理念に則っていること、定型発達を基軸としながら障害のある子どもの特性を捉えていること、その上での確かな個別支援計画を作成して支援を実践していることにおいて、全体を通してすぐれていると評価できる。

さらに、親子通園での親支援や、医療的ケア児の受け入れなど、地域のニーズに応えた支援を積極的に実践している。

そのなかで、当事業所における意欲的な取り組みとして、作業療法士（OT）の活動があげられる。常勤配置されている作業療法士は、すべてのクラス会議に参加し、すべての子どもを把握し運動プログラムを作成して、グループ指導を行っている。集団のなかでの順番を子どもの主体性に委ねるなどの自律・自立支援にも取り組んでいる。さらに、家族からの要望をプログラム化して、今年度は、お箸の指導を課題とするなどの実践も行っている。

リハビリテーション分野の専門職の配置が重視されるなかで、当事業所の取り組みは、一歩進んだ実践を展開しているものと評価できる。

◇特に改善を求められる点

1. 非常勤職員（嘱託職員）の位置づけの明確化と、その積極的な活用が求められる

法人は、働きやすい職場環境づくりに積極的に取り組む事業所であることを宣言する「おかやま☆フクシ・カイゴ職場 すまいる宣言」を行い、さらに「キャリアパス制度」の充実に取り組むなど人材育成に積極的であるが、その一方で、非常勤職員（嘱託職員）の活用に関して、取り組みは具体性に欠ける。

当事業所の職員数は、2022（令和4）年2月現在で、常勤者21名、非常勤職員（嘱託職員）20名という構成であり、非常勤の嘱託職員が担う役割は大きい。現場では、嘱託職員も直接支援に参加して、個別支援計画から日々の活動のなかで何を目標にするのかを一緒に考えている。そして、活動の様子は「連絡帳」としてスマートフォンから入力して家族と共有するなどの取り組みも行っている。

人材育成の取り組みとして、常勤職員についてはキャリアパス制度によって職位、研修などが明確化されているが、嘱託職員はその対象となっていない。嘱託職員に対しては、勤務時間の設定を行い、会議への参加を促して、超過勤務手当を支払っている。しかし、都合により会議に参加できない嘱託職員が多く、研修についても同様である。

職員自己評価では「ワーク・ライフ・バランスを尊重してもらっているので働きやすい」という意見がある一方で「もっと職員の意見を反映させてほしい」「嘱託職員への待遇が問題で退職者も多く、嘱託職員と話し合う機会が少ない」との意見があげられている。

管理者は、サービスの質の向上に意欲を持ち、人的サービスと設備の両面において質の向上を図ろうとしている。一方、職員間のコミュニケーション不足、利用者支援・養育に関する課題・問題点について十分な話し合いができていないことを課題としている。職員自己評価でも、この点に関し「意見交換を行うための時間が不足している」「勤務時間の延長をはじめとする体制づくりの課題があり、その条件として賃金アップの必要がある」などの意見が寄せられている。

課題は明確であり、法人をあげて改善に取り組むことを期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

障害の有無にかかわらず、利用する子どもたちが、同年齢のお子さんと同じように経験する機会を得られるようこれからも実践していきたい。作業療法士に限らず、当事業所に勤務する職員は全員が専門性を持つ職員として、子どもや保護者、地域に対し支援を実施していきたい。

社会や保護者、地域が児童発達支援センターに求めていることを把握して、これからも改善する必要はある。今回の評価で、法人が非常勤職員の育成や給与などについて明確にしていないこと、常勤職員のキャリアアップに拠点や分野で差があることを理由に管理者自身が全職員の意見を吸い上げ、労務改善することができていないと明確になった。

嘱託職員の時給については、他事業所の実情と照らし合わせて、3月中に賃金アップを法人に申請する。嘱託職員を数名増員し、業務時間内に研修や話し合いの場を設け、参加できる機会を設けたい。話し合いは、要望を吸い上げるだけでなく、虐待防止、権利擁護、プライバシー保護などの内容でも定期的に行う。職務遂行要領を活用し、勤務形態に左右されることなく、一職員として責任を持ち、お子さんの支援に携わる環境を整えたい。

⑧ 第三者評価結果

別紙「第三者評価結果」に記載している事項について公表する（p.7～37）。

● 共通評価項目

I 福祉サービスの基本方針と組織

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-1-1-1-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		評価
判断基準	a) 法人、福祉施設・事業所の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	b
	b) 法人、福祉施設・事業所の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人、福祉施設・事業所の理念、基本方針の明文化や職員への周知がされていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)67.6%、b)27.0%、c)0.0%、無回答)5.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、基本理念、基本方針、行動指針を明文化してホームページや広報誌(クムレだよりふれあい)等に掲載し、事業所内にも掲示している。基本理念「ともに育ち ともに生きる」には、利用者や家族・職員はもとより、地域の人々とも「ともに」という考え方を包含したものである。 ・法人では、正職員(常勤)と嘱託職員Aにブランドブック(組織の理念等を職員に理解・浸透させることを目的として配布している小冊子「クムレ10の心得」)を携行させ、また当事業所の非常勤職員である嘱託職員Bなどには名刺サイズのカードに理念等を記載して持たせている。法人の基本理念等の理解浸透を図るために、全員を対象に研修を行っている。新採用時研修、年度初回の研修でも、全職員を対象に研修会で説明している。 ・上記のほか、理念の浸透を図るために、今年度は新たに「理念研修」を行っている。全職員が対象で、倉敷・水島の両拠点ごとに実施し、参加できない職員には研修の動画を視聴させている。 ・業務目標管理活動において、正規職員を対象に年3回の面談を実施した際に、理念を意識した取り組みについて聞き取り、それを話し合う機会としている。 ・当事業所では、常勤職員の「職員会議」(毎月)の開始時に、法人の当該年度の「スローガン」と「クムレ10の心得」を唱和している。 ・利用者(家族)には「入園のしおり」に法人の理念方針、行動指針を掲載し、事業所内にも掲示して送迎時に見ることができるようにしている。また、法人の方針や取り組み状況などを掲載している「法人広報誌」を配布している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として基本理念等を定めて法人内外に浸透するよう工夫している。しかし、事業所としては、家族に対して所内への掲示と広報誌(クムレだより「ふれあい」:基本理念や取り組み等を紹介)を配布している以外は、基本理念等の浸透という意味で特段の取り組みは行っていない。わかりやすい周知方法の検討も含め、さらなる取り組みの強化を期待する。 ・また、嘱託職員が動画で視聴しているかどうかの確認はしていないなど、現状における周知対策についての評価も不十分である。 	

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-2-1-1-① 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		評価
判断基準	a) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
	b) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が把握されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.9%、b)18.9%、c)10.8%、無回答)5.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、少子高齢化が進む状況のなかで法人を取り巻く環境と経営状況の把握・分析に努めている。理事長および法人本部が中心となって、多様な方法で社会福祉事業全体の施策動向を把握し、執行役員会および経営会議(課長級以上)で法人全体の方向性を決定する。また、経営する事業所を「倉敷」および「水島」のエリア(拠点)に分け、各拠点会議で法人の方針の周知と拠点内各事業所の取り組み状況の共有に努めている。 ・法人内の他事業所の管理者が主体的にメール送信などで情報提供しているので、当事業所の管理者はそれを参考にしている。 ・拠点ごとに自治体の情報や地域の福祉ニーズの情報収集と共有、方針決定を行う体制を整備している。 ・当事業所は、水島拠点の事業所の一つに位置づけられている。管理者は「次長」として法人内の複数の会議体や委員会のメンバーであることで、法人を取り巻く環境等についての情報を把握する機会を持ち、それを必要に応じて職員に知らせている。一方で、事業所の稼働率などの経営状況に関する情報は毎月法人本部に報告し、管理者が参加する水島拠点会議などで拠点内の全事業所の状況を共有している。 ・なお、この項目については、主として法人全体の取り組みに対して評価を行った。 	

【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。		評価
判断基準	a) 経営環境と経営状況の把握・分析に基づき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
	b) 経営環境と経営状況の把握・分析に基づき、取組を進めているが十分でない。	
	c) 経営環境と経営状況の把握・分析に基づく取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 54.91%、b) 29.7%、c) 5.4%、無回答) 10.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理事長および法人本部が経営課題を明らかにし、その課題解決に向けて法人本部とともに倉敷拠点および水島拠点でそれぞれコンセプトを掲げ、拠点としての事業を展開する体制である。その体制のなかで、人材確保、人事システムの見直し、ICTの活用、リーダー層の育成などを重要課題として位置づけて取り組むとともに、各事業所ではそれぞれの本来の事業所経営を行っている。 ・2つの拠点では、それぞれいくつかのテーマを掲げ、管内の事業所がその機能に応じてテーマごとのチームに参画し、事業展開している。今年度、水島拠点では「育(そだつ)」「遊(あそぶ)」「学(まなぶ)」「暮(くらす)」「繋(つなぐ)」「支(ささえる)」の6つのテーマを設け、テーマごとに定期的に会議(カテゴリーミーティング等)を開催し、地域の状況に応じた事業に取り組んでいる。 ・当事業所の活動実績や職員数、人件費については、改善すべき方向であれば、管理者は職員会議で報告し、実績の確保に向けて取り組んでいる。 ・法人の方針等を効果的に具体化させて経営強化を図るため、財務や人材(財)などの法人管理業務をサポートする「サポートセンター」を設置した。 ・なお、この項目に関する職員自己評価の結果は、肯定的な回答の割合が6割に至らない状況であったが、法人全体の取り組みに対して評価を行った。 	

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。		評価
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	a
	b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画又は中・長期の収支計画のどちらかを策定しておらず、十分ではない。	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 81.1%、b) 5.4%、c) 2.7%、無回答) 10.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として制度改正や医療・福祉を取り巻く状況を踏まえ、昨年度を起点とする「クムレ中期経営計画2025」をスタートとさせている。この計画は、国の唱える「地域共生社会」の実現に向けて、倉敷と水島の2つの拠点体制による切れ目のない支援を行い、国際連合が採択した持続可能な開発目標(SDGs)の理念にもつながるものと位置づけている。 ・法人の基本理念のもとに「地域共生社会の実現と拠点体制の構築」を目指して「多様な生きるを実現する地域づくり」など3つの方針を掲げ、それぞれ具体的な取り組みを明示している。 ・中期経営計画は、外部環境などの変化に応じて随時見直している。見直す場合には、執行役員が検討して経営会議で承認されるしくみである。 ・当事業所では、法人の方針に基づいて「クムレ中期経営計画2025」を踏まえた「これからのありたい姿の設計図」(テーマ、活動内容、実施時期など)を定めている。 	

【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。		評価
判断基準	a) 単年度計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	b
	b) 単年度計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 78.4%、b) 8.1%、c) 0.0%、無回答) 13.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「クムレ中期経営計画2025」を踏まえて拠点ごとに事業計画をつくり、その内容を踏まえて各事業所が単年度の事業計画を策定するしくみである。 ・単年度の事業計画は、すべての事業所が共通のフォーマット(枠組み)で作成している。なお、そのフォーマットは、今年度の事業計画から新たなものに見直した。まず「事業所のありたい姿」を具体化するための計画として、重点テーマ、施策、その成果指標を記載している。このありたい姿に加えて「目標利用者数・収入」「利用者支援の充実」「地域共生社会づくりに向けた取り組み」「業務改善及び運営基盤の確立」「設備投資計画」「その他」で構成している。 ・策定責任者である管理者は、何をすべきかわかりやすい表現を心がけ、具体的な目標を記載するようにしている。そのため、数値化できる項目には、そのように取り組んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各事業所が作成する単年度計画の枠組みの統一により、法人として記述内容の標準化を図るとともに、具体的な記述になるよう努めている。 ・しかし、法人が作成する「クムレ中期経営計画2025」やそれを踏まえて作成しているという事業所の「これからのありたい姿の設計図」との整合性や関係性が明確には読み取りにくい。充実を期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 事業計画が職員等の参画の下で策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、又は、職員の理解が十分ではない。	
	c) 事業計画が、職員等の参画の下で策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 56.8%、b) 32.4%、c) 5.4.0%、無回答) 5.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の事業計画は、法人本部が示す枠組みやスケジュール等に従い、拠点の事業計画案と前年度の取り組みを振り返りながら管理者が原案を策定している。さらに、その原案を職員会議に提案して、常勤職員の意見を踏まえて策定したものである。 ・事業計画の進捗の管理については、管理者が事業計画の内容を確認し、10月、3月の年2回の職員会議の議題として提案して意見を聞いている。その上で、拠点会議で報告するようにしている。 ・嘱託職員には、4月に事業計画について説明している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は計画実行の担い手である職員に対する十分な理解促進の取り組みが求められ、またその策定過程や振り返りの機会において、できる限り職員が参加して意見を集約し、反映させることが重要である。 ・今後は、嘱託職員へのさらなる周知と意見の把握についてなど、検討を行うよう期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	b
	b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 事業計画を利用者等に周知していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)56.8%、b)35.1%、c)2.7%、無回答)5.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該年度の事業の方針等について、利用者等に対しては「入園のしおり」に法人理念・基本方針・行動指針を記載している。また、広報誌(クムレだより「ふれあい」)を配布し、そこに拠点ごとの事業計画が掲載されている。 ・上記以外では、特に利用者に対する事業計画についての説明の機会はない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は、事業所が提供するサービスに関する重要な情報であり、その主な内容をわかりやすく工夫しながら周知することで、利用者や家族等に理解を促していく取り組みが求められる。今後の取り組みの強化を期待する。 ・児童発達支援ガイドラインに基づく「保護者からの事業所評価」は、事業計画に反映させている。 	

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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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ているが、十分に機能していない。	
	c) 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ていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)62.2%、b)27.0%、c)0.0%、無回答)10.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの質の向上は、法人の「中期経営計画2025」の重点方針の一つに位置づけているものであり、福祉サービス第三者評価の活用や内部監査の実施による「ブラッシュアップ」(同計画より)をPDCAサイクルで展開すると明示している。 ・法人では、ほとんどの事業所において、数年ごとに福祉サービス第三者評価を計画的に受審させ、その受審結果を集約・分析している。受審した事業所では、受審結果を踏まえて改善計画を定め、その結果を法人が主催する「報告会」(役員や全事業所の多くの職員が参加)で発表する方針で取り組んでいる。 ・当事業所の第三者評価の受審は、2015(平成27)年度以来、今回で2回目である。法人として、第三者評価の受審結果については事業所において活用することとしている。 ・「児童発達支援ガイドライン」に基づく「事業所評価」は毎年実施し、その結果を受けて改善案を決め、ホームページで公表している。改善内容は文書化して保護者に配布している。また、当事業所においては、質の向上の取り組みについて保護者等への周知が弱いことがわかったため、改めて通信やケアラボの活用を図り、サービスの質の向上を図った内容をそのつど発信するようにした。 ・なお、職員自己評価の結果では、肯定率は高いとは言えない。サービスの質の向上に向けた取り組みについて、改めて職員間で確認を行うことを期待する。 	

【9】I-4-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り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。		評価
判断基準	a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	a
	b) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。	
	c) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 70.3%、b) 16.2%、c) 2.7%、無回答) 10.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の方針として、第三者評価の受審を活用して事業所の課題を明らかにし、各事業所に対して課題の改善に向けた計画的な取り組みの実施を促している。 ・各事業所では、上記の法人の方針に則って、改善に向けた取り組みを計画し、具体化していくくみである。 ・毎年実施している「児童発達支援ガイドライン」に基づく「事業所自己評価」の結果、改善策は次年度の事業計画に活かして実施に取り組んでいる。そして、12月には再度評価を行って、さらなる改善に取り組んでいる 	

II 組織の運営管理

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。		評価
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	a
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 73.0%、b) 18.9%、c) 5.4%、無回答) 2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者の責任と権限は、法人の職務権限規程に定められている。さらに、キャリアパスのしくみのなかで、職員の職務、役割階層ごとに求められる「期待像」、それに照らした「役割基準」が明示されている。当事業所としての業務分掌は、職員の希望などを把握し、年度初めに決定している。 ・管理者は就任2年目であるが、法人および拠点の複数の会議体や委員会のメンバーであるため、法人内の動きを把握している。そして、把握した動き等については、職員に対して周知することを自らの役割として認識している。一方、周知にあたっては、職員会議、情報共有グループウェア「WaWaOffice」、朝礼などを活用しているが、嘱託職員まで周知を徹底することについて、まだ取り組みが不十分であることを課題としている。 ・管理者は、児童発達支援分野の経験を活かし、地域の福祉ニーズに対応すべく、医療的ケア児への支援を今年度から開始している。また、今後の課題として、重症心身障がい児支援の拡充などの多機能化を目指すことを拠点として掲げ、そのために今年度から立ち上げられたプロジェクトの委員を担当している。 ・管理者は、法人内の動き等について、嘱託職員までの周知の取り組みが不十分であることをと課題としている。就任1年目から、賃金アップやリーダー層の役職の見直しなどを課題にしている。また、現状の課題は「クラス会」の活用であるが、時間不足がある。勤務時間の延長をはじめとする体制づくりが課題であり、その条件としての賃金アップが必要であるとしている。そのことは法人にも伝えている。 	

【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。		評価
判断基準	a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b
	b) 管理者は、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が、十分ではない。	
	c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 78.4%、b) 16.2%、c) 0.0%、無回答) 5.4%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法令遵守について、管理者は、関係機関による研修や法人内の会議、研修等への参加を通じて、遵守すべき法令等の把握と理解に努めている。 ・制度改正などの情報は、法人本部から提供されるものも含めて、職員への周知に努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、法人内の取組みを通じて遵守すべき法令等の把握と理解に努めているが、管理者が遵守すべき法令等は多様であることから、近年の改正点などについては理解が不十分であるとしている。 ・今後は、さらにさまざまな機会を通じて、それらに関して適切に理解するように取り組むとともに、同様の理解を職員に促すためのリーダーシップの発揮も求められる。取組みの強化を期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 67.6%、b) 27.0%、c) 2.7%、無回答) 2.7%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、水島エリアは保育分野の事業所が多いという特徴を生かして相互の連携を図り、そうした連携・活用を大切に療育の内容を充実させることに取り組んでいる。具体的には、保育所で作成している「小ざくらの道筋」(子どもの成長過程を具体的に示したものを)を活用し、新人職員を中心に対象として定型発達について学ぶ研修会を開催するとともに、保育所が実施する公開保育に参加し、発達支援に不足している保育の要素を学ぶなどの連携・活用を図り、重症児支援の現場実習を実施するなどしている。 ・法人内外の研修の内容については、朝礼、掲示、口頭などで直接情報提供している。 ・管理者はクラス会議に参加するとともに現場にも出向いて職員や保護者の意見を把握し、見直すべき点についての意見交換を深め、改善案を提示して検討している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、サービスの質の向上に意欲を持ち、人的サービスおよび設備の両面において質の向上を図ろうとしている。 ・一方、職員間のコミュニケーションの不足、利用者支援・養育に関する課題・問題点についての十分な話し合いができていないことなどを課題としている。職員自己評価でも、この点に関する意見が寄せられている。意見交換のための時間不足があり、勤務時間の延長をはじめとする体制づくりが課題であり、その条件としての賃金アップが必要であるとしている。 ・課題が明確であり、今後の取組みで行動化していくことを期待する。 	

【13】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。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、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が、十分ではない。	
	c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 62. 2%、b) 35. 1%、c) 0. 0%、無回答) 2. 7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人事、労務、財務等の改善や実効性を高めるための取り組みに関しては、主に法人本部が役割を担っている。そのため、管理者は月ごとの利用者の動向等を拠点会議で報告している。人事、労務、財務に関する業務に直接的な関与はしていない。 ・職員に対しては、経営会議で検討された大きな変更点などを、職員会議、情報共有グループウェア「WaWaOffice」、朝礼などを通じて報告している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人事、労務、財務等については、主に法人が担うしくみであり、さらに今年度は新たに「人財マネジメント会議」「総務ICT化会議」「ガバナンス改革プロジェクトチーム」などを設置し、経営改革に取り組んでいる。 ・一方、法人の取り組みの発信については、会議に参加していないと情報が届きにくかったり、不明なことが多く、指導力を高めることを難しくしている。 	

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。		評価
判断基準	a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それに基づいた取組が実施されている。	b
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それに基づいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 56. 8%、b) 29. 7%、c) 8. 1%、無回答) 5. 4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「キャリアパスのしくみ」を整備し、職員がキャリアアップすることを支援する体制をつくっている。そのしくみは「キャリアパス対応人事処遇制度」「キャリアアップ支援の職員研修体系」「業務目標管理評価制度」で構成され、それらによって、職位に応じた役割資格の明示、キャリアアップ支援の職員研修体系、人事評価制度を連動させることに努めている。 ・法人では、職員の確保と育成に一体的に取り組むため、今年度は新たに「人財マネジメント会議」(人財育成チーム、人財確保+採用メディアチーム)を設置し、体制強化を図っている。人材確保には「人材確保チーム」を中心に取り組み、具体的な採用活動はホームページやSNS(ソーシャルネットワークサービス)によるPRの実施、拠点ごとの職場説明会の開催、職員紹介制度、独自の就職説明会の動画配信、リモートによる就職イベントへの参加など、特にインターネットを活用した採用活動に力を入れている。なお、職員紹介制度には、今年度から嘱託職員も対象に加えている。 ・当事業所としては、人材不足時の求人募集は法人に依頼するが、入職希望者については見学を基本とし、適切性を判断している。 ・法人においては、今後の事業展開を見据え、看護師、作業療法士、理学療法士、言語療法士などの有資格者などの確保を重点化している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての体制強化や取り組みの工夫は行われている。しかし、職員自己評価の結果は6割を切る。 ・法人として、事業所の特性と現状を分析し、対策を検討することを期待する。 	

【15】Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。		評価
判断基準	a) 総合的な人事管理を実施している。	b
	b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c) 総合的な人事管理を実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 45.9%、b) 37.8%、c) 8.1%、無回答) 8.1%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人は、新たに「人財マネジメント会議」を設置して人材の確保と育成を一体的に進める体制を整備している。 キャリアアップのしくみとしては「キャリアパス対応人事処遇制度」「キャリアアップ支援の職員研修体系」「業務目標管理評価制度」からなる制度を整備している。 上記のしくみのなかで、職位階層ごとに「期待する職員像」(職務・役割行動の求められる姿)を明示し、人事考課制度において、役割等級の昇降格等の審査、職員育成のための情報収集などを行っている。具体的には、業務・目標管理評価、要素別評価、キャリアアップ能力開発目標などに関するシートを用いて、目標設定面接(5月)、中間面接(10月)、期末評価面接(3月)を行い、4月にフィードバックしている。 それらのしくみについては「キャリアパス運営手引き」などにまとめて明示しているほか、法人のブランドブックに「期待する職員像」を明示して職員に配布している。 職員が「自分のありたい姿」を描き、さらにそれを職員間で共有するなど、自分の将来の姿を描く機会づくりなどの取組みを開始している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人としての人事管理の取組みは規程化され、実践されている。 しかし、今回の職員自己評価では、制度の内容がわかりづらいこと、評価基準などが曖昧であること、現場職員にとってわかりづらいこと、囁託職員は対象になっていないことなどについてのコメントがある。さらなる取組みを期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	b
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 35.1%、b) 56.8%、c) 5.4%、無回答) 2.7%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人は、職員の勤怠管理を電子化し、出勤、退勤、残業申請、残業事後報告、有給休暇の取得状況などを管理できるしくみを導入した。 出勤時間や退勤時間、有給休暇の取得などについては、本人の希望に沿って勤務調整するようにしている。 法人の看護専門部会や感染症チームなどが職員の心身の健康の状況について確認し、職員の健康の確保がどのようになっているかについて発信している。また、健診受診後の状況は、当事業所では管理者および看護師が把握している。 個々の職員との面談の機会として、クムパートナー制度(後述する当法人のOJTのしくみ)におけるクムパートナーとの日常的なやりとりや人事考課面接があるので、当事業所ではそれらの際に職員の意向の把握に努めている。また、法人として「ハラスメント」に関する相談窓口、法律事務所への公益通報のしくみなどを設けている。 福利厚生制度としては、ソウェルクラブ(社会福祉法人福利厚生センター)および岡山県民間社会福祉従事者育成制度(岡山県社会福祉協議会)に入会しているほか、慶弔見舞金、職員互助会、5年ごとの研修旅行などの取組みがある。また、当法人職員向けの企業主導型保育所が開設されている。 法人では、働きやすい職場環境づくりに積極的に取り組んでいる基準を満たす事業所として、岡山県福祉・介護人材確保対策推進協議会の「おかやま☆フクシ・カイゴ職場 すまいる宣言」を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員自己評価の結果では、残業およびそれに対する時間外勤務手当の支給のわかりづらさや、改善策が見られないことなどについてのコメントがあった。 また、職員間のコミュニケーション上の課題や退職者も目立っていることなどの課題があり、改めて「働きやすい職場づくり」の観点からも、そうした課題の整理と、その改善に向けた取組みを行うことが求められる。 	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

【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。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	b
	b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	
	c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 45.9%、b) 37.8%、c) 10.8%、無回答) 5.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「期待する職員像」をブランドブックに明示して職員(正職員、嘱託職員A)に配布している。また「キャリアパス運営指針」のなかで「人財の育成の方針」を掲げて「使命感、倫理観を有する職員の育成」などを示し、それによってキャリアアップに対応した処遇制度、職員研修体系、業務目標管理評価制度(正職員対象)を連動させ、職員一人ひとりの育成のための体制が整備されている。 ・目標管理は、法人が初任者・中堅職員など階層別に求める専門性や能力を明示し、それを踏まえて各職員が「業務・目標管理シート」等の所定の様式によって目標を立て、上席の職員との面接でそれを決定する。その進捗管理は、目標設定時(5月)、中間時(10月)、期末評価時(3月)の面接を経て、遂行度・達成度を評価・決定し、4月中旬に各職員にフィードバックするしくみである。 ・令和2(2020)年度は嘱託職員にも面接を開始し、令和3(2021)年度もその取り組みを継続している。 <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は、法人の方針で正職員と嘱託職員Bによって構成されている。なお、嘱託職員Bについては、目標管理評価制度の対象にはならない。 ・管理者は問題意識を持っているので、意味づけを明確にし、人材育成、目標管理の視点からのさらなる検討を期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 組織として職員の教育・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
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	
	c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 64.9%、b) 27.0%、c) 5.4%、無回答) 2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では新たに「人財マネジメント会議」を設置して人材の確保と育成を一体的に進める体制を整備し、職員の教育・研修に関する計画や見直しに取り組んでいる。キャリアアップのしくみは「キャリアパス対応人事処遇制度」「キャリアアップ支援の職員研修体系」「業務目標管理評価制度」によって構成されるものであり、職位に応じた役割・資格の明示、キャリアアップ支援の職員研修体系、評価制度が連動したしくみである。 ・法人の職員研修体系は、職位階層別にOJT、OFF-JT、SDS(自己啓発支援)の内容を定めている。 ・OJTでは、新任職員(正規職員および嘱託職員も含む)の早期育成を目的とした「クムパートナー制度」を設け、主に新任職員を個別に担当する先輩職員(クムパートナー)を任命して社会人・職業人としての育成を図っている。OFF-JTでは、法人研修(常勤職員対象の階層別研修、実践発表、嘱託職員対象の研修など)、拠点ごとに行うキャリアアップ啓発研修(種別研修、課題別研修)、事業所内研修を位置づけ、そのほかにも外部の研修機関による研修に必要に応じて参加するようにしている。なお、今年度はコロナ禍のため、外部の研修機関による研修については開催の中止が多い状況である。 ・事業所内研修を計画し、正規職員・嘱託職員の全員を対象に、子どもの人権・支援者の倫理、発達障がい児などに関する研修など、年7回程度の研修を計画している。研修参加者には残業手当を支給し、事業所として参加を促進している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・嘱託職員の研修参加率については、必ずしも高率とは言えないとしている。質の向上を図るための職員への教育・研修の機会を全体的にどのように構築するかは今後の課題である。 ・課題の整理を行い、取り組みを強化することを期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a)職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	b
	b)職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c)職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)59.5%、b)29.7%、c)5.4%、無回答)5.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、クムパートナー制度によってOJTを組織的・計画的に行っている。この制度は、新任職員に対してクムパートナーが社会人および職業人としての指導を行い、また相談に応じることを日常的に行うしくみであり、具体的には「OJTチェックシート」を用いて四半期ごとに業務の習得度をチェックするとともに、指導を受けている職員が2週間ごとに「研修ノート」に業務に関する所感を書き、クムパートナーがそれに対するアドバイスコメントを記入して指導することがルールとなっている。なお、この制度は、指導に当たるクムパートナー自身の成長(キャリアアップ)も取り組みの目的の一つとして位置づけられている。 ・法人全体と拠点ごとに実施する研修の多くでは対象者が特定されているので、当事業所はその対象となる職員を参加させている。 ・業務に必要な資格の取得を奨励し、受験費用や資格更新費用などの助成も行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所内では、研修計画を作成して取り組んでいる、コロナ禍のなかで、参加できない職員はウェブ(Web)を活用したりリモート参加も可能であるが、参加状況の把握はしていない。 ・なお、嘱託職員に対するサービスの内容と質をどのように位置づけ、その質の向上を図るための教育・研修の機会をどう構築していくのかについては、今後の取り組みにおける課題である。 	

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。

【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。		評価
判断基準	a)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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	b
	b)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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。	
	c)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ておらず、教育・研修が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)56.8%、b)32.4%、c)0.0%、無回答)10.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生は積極的に受け入れる方針である。主に保育士を養成する学校からであり、年間20名程度を引き受けている。 ・昨年度は、介護福祉士の実習生も受け入れている。学校の実習計画に準じて実施するが、当事業所としては担当者を定めた対応をしている。また、担当者をフォローする機会をつくり、事業所全体で取り組んでいる。 ・来所やオンラインによる情報共有を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現状では、専門職種の特性に配慮したプログラムの用意はできていない。 ・また、嘱託職員に対する周知がされていないためか、職員自己評価の結果は高くない。今後の検討を期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	b
	b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 78.4%、b) 16.2%、c) 2.7%、無回答) 2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページおよびSNS(Instagram)を開設し、いずれも法人(メディア委員会が担当)が管理している。ホームページでは、法人概要、事業案内、情報公開(財務情報、第三者評価の受審結果、事業計画・事業報告など)、採用情報、また児童発達支援ガイドラインに基づく事業所自己評価および保護者等からの事業所評価の集計結果の公表・掲載に取り組んでいる ・そのなかで、各事業所が日常的な様子を発信している「ブログ」は、法人として特に積極的に更新する方針を打ち出していることから、当事業所ではその方針に則って、活動内容、利用者の様子などについての内容の更新を「週1回」は行うことを目標にしている。 ・法人の広報誌(クムレだより「ふれあい」)は、年3~4回発行(約1,000部)発行している。広報誌は、利用者および後援会の会員などに配布している。 ・2020(令和2)年度から、年度ごとに「クムレレポート」を発行し、関係機関や利用者家族に配布している。そのなかで、前年度の事業報告や決算、職員の状況(年齢、男女比、採用者数、離職者数、労働時間など)、新年度事業計画について明示するとともに、特に水島と倉敷の2つの拠点における地域共生に関する取り組みを重点的に掲載している。掲載にあたっては、写真、数値、イラスト等多用し、内容を読みやすくするための工夫に努めている。 ・年3回、拠点ごとに地域向けの広報誌「にじいろ新聞」および「子ども何でも相談センター便り」を発行している(各1,000部)。 ・なお、苦情・相談の受付・解決の体制や内容に関する情報公開については、法人に設置されている「リスクマネジメント委員会」で、その実施方法や内容について検討中である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人ではホームページ、SNS、複数の広報誌によって、法人の基本理念はもとより、日常的な活動内容、第三者評価の受審結果、財務諸表などの積極的な公表に努め、事業運営の透明性の確保に努めている。 ・苦情対応等については、法人としての公開を検討中である。今後の取り組みを期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 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。	a
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 59.5%、b) 29.7%、c) 2.7%、無回答) 8.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として経理規程および同規程細則を定め、予算、金銭の出納、物品購入や設備工事の契約額に応じた決裁区分や経理上の基準を定めるなど、適切な経理事務の実施に努めている。 ・当事業所では、経理に関する実務はほとんどないが、規程類は事務所内にファイルして保管し、必要があれば閲覧できるようにしている。 ・今年度は、新たに法人に副理事長をリーダーとする「総務ICT会議」を設置し、内部監査を実施する体制を整備している。 ・さらに、今年度は新たに法人において「ガバナンス改革プロジェクトチーム」を設置し、このプロジェクトチームのメンバーが公認会計士の指導を受け、財務諸表の読み方などについての学習を実施し、より適切な事業運営に向けて取り組みの強化に努めている。 ・なお、この項目については、法人の取り組みを評価した。 	

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。		評価
判断基準	a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	a
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)56.8% b)40.5% c)0.0% 無回答)2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当法人では、地域共生の考え方のもとに、事業所や利用者の地域生活の充実に向けて、子ども食堂、図書カー、パントリーなど、さまざまな取り組みを行っている。 ・当事業所でも、地域行事に参加したり、日常の療育活動のなかの散歩や児童館の利用などの場面で、地域の人と子どもとの交流が生まれるようなかわりを持つことを心がけている。現在はコロナ禍のために実施できていないが、以前は高齢者施設に出向き、清掃や手遊びなどを一緒に実施していた。コロナ禍のなかでも実施できることとして、敬老の日に手紙やプレゼントを送っている。 ・当事業所の園庭開放や隣接している同法人の保育所との合同行事の実施など、事業所外の子どもたちとの交流に取り組んでいる。特に年長児については、週1回、同法人の保育所に通う年長児クラスの児童との交流保育を実施し、同年齢の子ども同士のかかわりが持てるように取り組んでいる。 ・障害のある子どもに対して配慮がある歯科医院や床屋などが掲載された「ペアレントサポートブック」(市内の先輩ママたちが作成)を紹介したり、散髪してもらうことが苦手な子どもに対して「慣れた場所での散髪から」と場所を提供して散髪(保護者会主催)を実施し、地域生活へのスムーズステップをサポートする取り組みも実施している。 ・なお、管理者は、散歩などの日常の療育の取り組みが、地域交流の意味を持たせて意識的に取り組まれているかどうかについて、疑問を感じている。また、職員側にも「コロナ禍のために十分には取り組まれている」という認識があり、職員自己評価の肯定率が下がっている。日常の取り組みの意義を再度振り返り、コロナ禍でも利用児がより地域生活の広がりが持てるような取り組みを実施することを期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	a
	b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)81.1% b)16.2% c)2.7% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアの受け入れについては、法人全体で取り組んでいる。受け入れについてのマニュアルの整備、登録手続き、ボランティア対象の研修会の実施などについては法人で対応している。 ・「くもれいきいきポイント」でボランティアの活動をポイント化し、法人内で商品との交換が行えるようにしている。法人作成のリーフレット「くもれレポート」や拠点の「にじいろ新聞」などで、ボランティアの活動の報告やボランティアの募集を行っている。 ・事業所としても、入園のしおりに「お散歩ボランティアのお願い」「くもれいきいきボランティア」などの内容を記載し、保護者に対してもボランティア参加についての呼びかけを行っている。現在、事業所登録児の6割の家族が登録し、散歩の付き添い、クラスの遊び、草抜きなどに協力している。卒園児や小学生の参加もある。 ・利用児に対する理解を促進し、さまざまな人たちとの交流が図れる機会を提供している。 	

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。		評価
判断基準	a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	a
	b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)75.7% b)18.9% c)0.0% 無回答)5.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 倉敷市の児童発達支援センター連絡会(6カ所で構成)の開催が年4回あって、その機会に児童発達支援センター同士の情報交換あり、また行政からの情報提供も行われている。主に、次年度の子どもの受け入れのための条件整備や利用調整などを行っている。また、自立支援協議会の保育所等訪問事業部会、相談支援部会に参加し、その他の事業所とも情報共有や各事業運営上の課題について検討し、共有している。 市のホームページに「関係機関一覧」の掲載があるため、当事業所としての関係機関のリスト化は実施していない。子ども一人ひとりに必要な関係機関については個人ファイルに連絡先や名刺をまとめ、いつでも連絡できるようにしている。 なお、市の児童発達支援センター連絡会等の内容は「会議録」にファイリングしている。また、子育て相談センターや児童相談施設との連携の内容についても周知しているが、今後は担当者間だけではなく、職員全体への周知が図られるような取り組みを行うよう期待する。 	

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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取り組みが行われている。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。	a
	b) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)59.5% b)32.4% c)2.7% 無回答)5.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人では「中期経営計画2025」の重点方針の一つに「地域を支え、成長する法人づくり」を掲げ、そのなかで「公益的な取り組み・防災対応の推進」を位づけている。また、今年度は「地域を巻き込んだ公益的な取り組みの推進」の実践を掲げ、そのことを踏まえて倉敷拠点および水島拠点でそれぞれ独自の取り組みを進めている。 当事業所のある水島拠点では、法人の「中期経営計画2025」のなかで「拠点コンセプト」を「笑顔で子育てできる＝みんなが笑顔になれる地域づくり:Our Smile」と定め、その地域拠点(基地)として「ひろば にじいろ」を設けて、地域住民とともに、こども食堂、ひだまりカフェ、こどもの居場所、にじいろ図書カーなどで、地域の福祉ニーズや生活課題を把握しながら、地域状況に応じた活動を行っている。 また、市の児童発達支援センター連絡会や自立支援協議会の部会における情報交換や事例検討のなかで、子どもに関する地域の課題を把握している。当事業所内の別事業である保育所等訪問支援事業や健診後のフォローアップ教室等で、保健センターや保育所など関係機関との連携を通じ、子どもの発達や子育てに関する地域の課題の把握に努めている。医療的ケア児の支援、学童期の放課後支援等の課題が把握され、事業所においても検討を行っている。 なお、今回の職員自己評価では、この項目の結果は高率とは言えない。地域で行われている取り組みの意味合いを担当者以外の職員にも周知し、互いに共有していくことを期待する。 	

【27】Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。		評価
判断基準	a) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	a
	b) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	c) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)59.5% b)35.1% c)2.7% 無回答)2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所のある水島拠点では、各事業所が協働して「ひろば にじいろ」を運営し、地域公益活動を推進している。拠点事業として、不登校児の居場所である「ほっとすてーしょん」を実施しているほか、長期休み中の学童保育、社会福祉協議会と連携してパントリー、こども食堂、にじいろ図書カー等の事業を行っている。 ・保健センターと連携しながら健診後のフォロー教室を実施してきたが、主に保護者の子育て支援を保健センターで、子ども自身の発達へのかかわりは当事業所で行うように役割分担し、取り組んでいる。また、児童発達支援の専門性を生かして、健診後フォロー教室として、クムレにこにこ教室(3歳児健診後)、なないろ教室(1歳6カ月健診後)を行っている。 ・地域の防災対応は、法人の「中期経営計画2025」の重点方針の一つでもあり、当事業所では、小学校区の防災の話し合いに参加している。また、地元の小学校の学校運営協議会の委員を担い、避難訓練の合同実施を計画している。コロナ禍で現在は休止となっているが、防災において、連携の機関として位置づけられている。 ・なお、この項目は法人の取り組みに対する評価を行ったが、これらの取り組みについて、職員全体への周知と情報共有の取り組みを行うことを期待する。 	

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

Ⅲ-1-1 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

【28】Ⅲ-1-1-1-① 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持つための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。	a
	b) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)83.8% b)13.5% c)0.0% 無回答)2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は理念研修を入職時に実施して、職員に「ともに育ち ともに生きる」「自立・尊厳・ハビリテーション」を伝えている。毎年4月には「子どもの人権、支援者の倫理」の研修を非常勤職員も含めた全職員を対象に実施し、利用者尊重の姿勢を確認するための取り組みが行われている。また、事業所や法人内研修の際には、職員の行動指針である「10の心得」を唱和している。研修の機会は全職員に開かれているが、勤務外の時間帯における実施のため、当事業所では嘱託職員の参加は十分とは言えない。 ・法人の人権委員会では、毎年の目標を設定し、取り組み状況についての報告を行っている。 ・当事業所では、業務遂行マニュアルの見直しの際には、身体拘束、プライバシー保護などについて留意し、利用者の尊重を反映したものととなっているか確認している。また、それが日々の支援に反映されているか、自らの支援が利用者尊重となっているかは、2カ月ごとのクラス会議で振り返るように努めている。個別に管理者が確認・指導する場合もある。 ・当事業所では、子どもの発達を基本とした年間指導計画で年齢別に「目指す姿」を明示し、障害のあるなしにかかわらず、年齢に応じた体験ができるよう取り組んでいる。 ・なお、支援の根幹にかかわる人権研修について、全職員対象とはしているが、嘱託職員にとっては参加しやすい取り組みとなっていない。また、実践の振り返りは2カ月ごとのクラス会議で行われているが、毎日の振り返りの時間帯には嘱託職員が参加していないので、書面による共有を行ったり、翌朝に管理者が直接伝えるなどしている。 	

【29】Ⅲ-1-1-1-② 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。		評価
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
	b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。	
	c) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)89.2% b)10.8% c)0.0% 無回答)0.0%であった</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護に関しては、法人として「個人情報保護規程」を定め、法人のホームページ、当事業所の重要事項説明書や入園のしおりで説明している。保護者との情報共有のために、インターネットのアプリケーションを導入したため、写真や動画についての情報保護には徹底を期している。 ・事業所内では、子どもの氏名は色で示し、外部の見学者等から個人名がわからないようにしている。保護者への手紙は、一人ひとりのロッカーに「お便りパック」を設け、外からは見えないようにしている。 ・トイレは廊下から見えない位置にあり、個室にはドアがついている。着替え時には衝立やカーテンを利用し、外から見えないようにしている。外部から見えない配慮は行っているが、トイレ内の順番待ちや着替えなどでは、子どもたち同士は互いが見える状態になっているので、年齢に応じた配慮を行うなどの工夫は求められる。今後は衝立を活用する予定である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者調査の結果は肯定的回答が高率ではあるが、コメントには「送迎時の子どもの状況報告」について「周囲に聞かれないための配慮」に関する要望が複数の保護者からあった。 ・プライバシー保護の取り組みについては、子どもの身体の見える部位への意識はあるが、言葉によるやり取りがプライバシーにかかわるということについての認識が低いと当事業所でも捉えている。プライバシーとは何か、職員全体で共有できる取り組みを期待する。 	

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。

【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。		評価
判断基準	a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	a
	b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)91.9% b)8.1% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の情報は、法人のホームページや広報誌に掲載し、利用希望者等に提供している。市のホームページの「児童発達支援センターのもー覧」でも情報提供している。また、倉敷市の総合療育相談センター「ゆめばる」、保健所、子ども相談センター、健康福祉プラザ等の行政機関に当事業所のリーフレットを配布し、利用希望者が手にできるようにしている。病院や相談支援事業所に対しては、日頃の連携の機会に情報提供を行っている。現在、市内20カ所の相談支援事業所と連携し、つながっている。 ・見学に 있어は、利用者の状況に応じて個別に対応しているが、利用者である子ども本人も一緒に来てもらうようにしている。見学時には管理者やサービス管理責任者等のリーダー層が対応し、リーフレットの内容に基づいて説明を行っている。当事業所の特徴として、低年齢児の親子通園、医療的ケア児の単独通園、近隣保育園との交流などができるところを伝えている。 ・コロナ禍における感染防止対策を行う必要性から、在園児の活動場所を見学することが現在は十分できていないことから、動画を作成し、見学時の紹介を行った。昨年度は、単独通園部分の動画を作成し、今年度は親子通園についても作成を予定している。 ・見学後に利用について迷う場合には、体験利用を勧め、より適切な選択につなげてもらえるように配慮している。 ・倉敷市では、児童発達支援センターの利用については、事業所2カ所以上の見学後に市に対して希望を申請するしくみである。市の児童発達支援センター連絡会で互いに情報共有を行っているため、利用者一人ひとりにとってより適切な選択ができるように、見学時には他の事業所についての情報提供も行っている。 ・さまざまなツールや場面を活用して、利用希望者のより適切な選択のための情報が届くよう取り組んでいる。 	

【31】Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等にわかりやすく説明している。		評価
判断基準	a) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るに当たり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	a
	b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るに当たり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るに当たり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)89.2% b)8.1% c)2.1% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入園までに所属園の様子を見学に行ったり、引き継ぎ文書を依頼する。 ・保護者の意向は、見学時や利用申込書の提出時、個別支援会議などの機会に確認し、記録している。 ・入園説明会は3月に、新規利用者全体を対象に行う。リーダー層が重要事項説明書や入園のしおりを用いて説明を行い、入園申込書に記入してもらっている。その際に、当事業所の利用にあたっての利用者・保護者の希望についても併せて記入してもらっている。その間、子どもは職員が保育し、遊び、おやつ、排泄、人間関係の結び方の様子などについて、状況を観察する。入園説明について個別に配慮を要する保護者に対しては、全体説明の実施後に、個別面談の時間をつくり、説明および意向の確認を十分に行えるようにしている。 ・入園までの期間に、当事業所から所属園での子どもの様子を見学に出向いたり、文書で引き継ぎ書をもらい、子どもや家庭の状況を把握するようにしている。また、親子に対して2日間の「慣らし保育」を実施し、安心して利用開始できるように取り組んでいる。 ・進級時にはクラスや個別の懇談を行い、新たな「入園のしおり」を配布して、変更点がある場合には説明を行っている。なお、変更点については「お便り」でも伝えている。 	

【32】Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当たり、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等に当たり福祉サービスの継続性に配慮している。	a
	b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等に当たり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等に当たり福祉サービスの継続性に配慮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)81.1% b)10.8% c)0.0% 無回答)8.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・幼稚園や保育園への就園・就学時には、これまでの支援の継続性が図られるように「引き継ぎ」を行っている。当事業所に在籍中に移行先の園や学校から子どもの様子を見に来てくれる場合もあれば、当事業所から移行先への訪問を行う場合もある。保護者の同意を得て、当事業所での様子をまとめた引き継ぎ書を移行先に渡し、情報共有が図れるようにしている。 ・また、移行先での生活について不安がある場合には、当事業所内の別事業である「保育所等訪問支援事業」や「日中一時支援」などの利用を勧め、保護者と子どもが安心して過ごせるように努めている。なお、当事業所では、月1回「卒園児の日」を土曜日を実施し、調理を中心に楽しめる活動を行っている。毎月数名(1~2名ないし5~6名)の参加がある。 ・なお、これまでの支援の継続性に配慮し、移行先の訪問や引き継ぎ書の作成、他の事業の紹介などを積極的に行っているが、当事業所の「業務遂行マニュアル」には、引き継ぎに関する内容がない。引き継ぎ書のひな形、新たな事業の利用・紹介に際しての判断基準など、標準的に支援していくためのマニュアルは必要である。現在行っている支援を文書化し、標準化していくことを期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 利用者満足把握の仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	a
	b) 利用者満足把握の仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足把握のための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)70.3% b)27.0% c)0.0% 無回答)2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、利用者満足把握の仕組みとして、児童発達支援センターガイドラインに基づく利用者評価、行事後の利用者アンケート、第三者評価の受審を事業計画に位置づけ、取り組んでいる。 ・児童発達支援センターガイドラインに基づく利用者評価・事業所評価は、年1回実施している。アンケート用紙を例年11月に配布して12月に回収し、その結果に基づき保護者の意見を踏まえた対応を検討し、翌3月には行政に報告して法人ホームページで公開している。保護者の意見についての分析や対応策の立案はリーダー層で行い、職員会議で意見を集約している。昨年度は、職員配置と設備の古さについて保護者から意見が出され、事業計画に載せて改善に向けて取り組んでいる。 ・各行事の実施後にはアンケートを実施し、次の行事の改善につなげている。 ・また、保護者役員会にリーダー層が参加し、保護者からの意見を聞き、サービス改善に生かしている。 ・個別支援計画のモニタリング(半年)の個別面談では、全保護者の意見を確認している。 ・3年ごとに「福祉サービス第三者評価」を受審し、併せて利用者調査を実施している。事業所を通さない忌憚のない意見を把握し、サービスの向上に生かすように努めている。 	

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。

【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。		評価
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	C
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)83.8% b)16.2% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情受付については、受付担当者、責任者、行政等の相談窓口、第三者委員について重要事項説明書で説明し、第三者委員の連絡先を明示したポスターを玄関に掲示している。 ・意見箱を玄関に設置している。積極的な意見収集が必要な場合は、意見箱を玄関外の門扉に設置している。 ・受け付けた苦情には「苦情対応マニュアル」に沿って対応する。クラス担任から児童発達管理責任者や管理者に報告し、リーダー層で要因分析と対応方法の判断を行い、クラス担任から利用者へ返答している。1カ月後の改善状況を確認する。また、個人情報に配慮しながら、内容と対応策を保護者に向けて毎月発行している「クムレっこだより」に掲載している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第三者委員については、地域の愛育委員など利用者・保護者にとってより身近な市内の関係者の選任を進めてはいるが、近年はコロナ禍で事業所の訪問や保護者等と顔を合わせる機会はなく、苦情や要望を述べるにはまだ遠い存在である。活用できるしくみとするために、さらなる工夫を期待する。 ・また、苦情解決の公表は、保護者向けのみにとどまっている。社会福祉法人には、より透明性の高さが求められていて、その一環として「苦情の公表」が義務づけられている。法人の方針として、事業報告書や広報誌等への苦情解決結果の公表が行えるように検討することを期待する。 ・この評価細目では、苦情解決状況の公表を行っていない場合は「c」と評価するとしている。 	

【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。		評価
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者へ伝えるための取組が行われている。	a
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者へ伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)81.1% b)16.2% c)0.0% 無回答)2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・クラス担任、事業所内の苦情解決の窓口、第三者の相談窓口など、複数の相談窓口があることを重要事項説明書で説明している。 ・行事の実施後に意見を述べたり、感染症対応について相談のあるときなどは、クラス担任を介さずに直接、掲示板に掲示して、意見箱を目立つところに置いたり、ケアコラボ(インターネット情報共有システム)で連絡している。 ・利用者からの直接の申し出がなくても、半年ごとに個別支援計画のモニタリングを行い、相談や意見を受け付ける機会を定期的に設けている。定期的に行う面談は、日程、場所、方法を選択できるようにし、利用者の希望に応じている。 ・日常的には、連絡帳、ケアコラボ、電話、コミュニケーションノート、送迎時などの機会を活用し、相談や意見を受け付けられるようにしている。個別面談は必要に応じて随時行っている。面談の場合は、静養室や空いている訓練室などを使用し、プライバシーを確保しながら、安心して相談ができるように配慮を行っている。 ・利用者全員に担当の相談支援専門員がいるので、連携を図りながら、利用者の相談を受けられるように努めている。 	

【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。		評価
判断基準	a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	a
	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。	
	c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)89.2% b)10.8% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの相談の内容や寄せられた意見についてはクラス内、職員全体で共有し、対応策を検討している。連絡帳、電話、ケアコラボ、面談など、利用者に合わせた方法で対応策を伝えている。 ・サービスの見直し求められるような内容については、クラスやリーダー層で要因分析し、対応についての判断を行い、1カ月後までには改善状況についての確認を行っている。その内容は、朝礼や朝礼ノートで職員全体で共有している。また「気づき、ヒヤリハット、要望・意見、苦情の報告書」に記載している。保護者に対しては「センタークムレっこだより」で伝えている。 ・なお、利用者調査の関連項目の肯定率は高いが、連絡帳、ケアコラボ、送迎時などのちょっとした相談への対応の遅さや職員による対応の違いについての意見が保護者より出されている。迅速でより適切な対応ができるように、さらなる工夫を期待する。 	

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。

【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。		評価
判断基準	a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	b
	b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	
	c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)83.8% b)13.5% c)0.0% 無回答)2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人には横断的な組織として「リスクマネジメント委員会」が設置され、拠点別に責任者を置き、リスクマネジメント体制を整備している。 ・「緊急時対応マニュアル」は各クラスに配置し、いつでも見られるようにしている。 ・事故報告、ヒヤリハット報告は、クラスから管理者に報告し、要因分析、改善対策を検討して書面に記載している。改善対策を実施し、1カ月後に職員会議で状況を報告する。転ぶ、噛みつく、引っかく、落ちるなど、子どもの「けが」につながるヒヤリハットが多く、そのつど環境や子ども同士への配慮など改善策を講じている。 ・各クラスの部屋には救急箱があり、擦り傷などには担任職員が対応するが、判断に迷うような体調の変化、けがなどについては看護師に相談し、対応してもらっている。 ・敷地内にある同法人の児童家庭支援センター、小規模保育所と合同で、不審者対応の研修・訓練を実施した。その振り返りをまとめ、新たに工夫した点を「不審者対応マニュアル」に追加している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハットは書面化し、そのつど要因分析と改善対策を行っているが、集積した情報については、起こりやすい場面や時間帯の分析と根本的な改善策の検討といったところまでは活用が進んでいない。 ・今後のサービスの向上を目指して、集積した情報の積極的な活用ができるように期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	b
	b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	
	c) 感染症の予防策が講じられていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.9% b)32.4% c)2.7% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症対応マニュアルは法人の「看護師連絡会」で作成し、毎年見直している。今年度は新型コロナウイルス感染症へのより一層の対策を図るため、年度途中の見直しを行っている。職員の体調、活動場所の消毒、地域の感染状況に応じた活動内容の見直し等の毎日の「チェックリスト」を新規に作成している。新しいマニュアルについては、職員全員への周知徹底のため、非常勤職員も含めたクラス単位の研修を実施している。 ・インフルエンザウイルスやノロウイルスなど他の感染症への対応についても「感染症マニュアル」に基づいて研修し、それぞれの対応策を職員間で共有している。 ・「入園のしおり」には、予防接種のスケジュールや感染症の登園基準を掲載し、保護者の理解・協力が得られるように依頼している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症対策という新たな局面が加わった影響もあり、職員自己評価、利用者調査ともに、他の項目に比べて肯定率が低い結果であった。 ・感染症マニュアルの見直しや関連研修が実施されているが、利用者がより安心して通うことができるように、職員・保護者との情報共有や意見交換など、さらなる取り組みを期待する。 	

【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行っている。		評価
判断基準	a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
	b) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)83.8% b)16.2% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としてまとめた事業継続計画(BCP)を参考にして、事業所単位でBCPを作成しているが、職員の役割分担や実行可能な協力体制の取れる地域の関係機関との連携などは不十分で、実際に使えるBCPとするため検討中ではあるが、担当レベルの検討にとどまっていることから、職員全体への周知は不十分である。 ・ハザードマップは定期的に確認し、情報の更新を行っている。 ・保護者にはセコムメールへの登録を入園時に依頼し、年2回のメールの受信と引き取り訓練を行っている。 ・毎月、避難訓練を実施している。警察・消防署への連絡訓練を併せて行う月もある。 ・災害時の一次避難は園庭で、二次避難は隣の中学校としている。中学校長との顔つなぎはできているが、合同の避難訓練を行うまでには至っていない。また、職員が地域防災の勉強会に参加してはいるが、協働の取り組みにまでは至っていない。 ・災害時のための備蓄は、敷地内の同法人事業所のみも含め、災害時3日間の飲料水と食料100名分を準備している。賞味期限や保管場所がわかるように一覧表を作成している。また、子どもたちに対しても、非常食に慣れてもらうために、避難訓練時には試食会も実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害時には、より身近な地域の人や関係機関との協働が必要である。 ・具体的で実行可能な事業継続計画(BCP)の作成や、より身近な地域住民や関係機関との密接な関係づくりに向けた取り組みに期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 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、それに基づいた福祉サービスが実施されている。	b
	b) 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ているが、それに基づいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c) 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ていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)89.2% b)8.1% c)0.0% 無回答)2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所でマニュアルとして作成されているものは、感染症、事故・不審者対応、虐待対応、苦情対応等リスクに関するマニュアルと、食事・排せつ支援、送迎、環境設定等の支援対応マニュアルとして職務遂行要領書がある。職務遂行要領書は嘱託職員も含め入職時に全員に配布している。その他のマニュアルはパソコンで見られるようになっている。それぞれ改定があった場合は、職員会議や朝礼で伝え、データで確認するように伝えている。 ・子どもの療育については法人保育所で作成した定型発達の指標と関わりをまとめた「小ざくらのみちすじ」を研修・活用し、それに基づいて支援の振り返りを行っている。当法人は人材育成のため各職員にクムパートナーが決められOJTを実施しているが、OJTの場で「小ざくらのみちすじ」を活用している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職務遂行要領書は職員に配布されているが積極的に活用されているとは言えない。 ・また職務遂行要領書は手順書であり、権利擁護やプライバシーに配慮した支援のための留意点の記載が不足している。移行先への引き継ぎや個別支援計画作成など職務遂行要領書に記載されていない業務もある。 ・事業所がめざす支援の実現の視点にたち、標準書の内容と活用方法について検討を期待する。 	

【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。		評価
判断基準	a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、標準的な実施方法の検証・見直しを行っている。	b
	b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、標準的な実施方法の検証・見直しが十分ではない。	
	c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、標準的な実施方法の定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)59.5% b)29.7% c)0.0% 無回答)10.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各マニュアルは、毎年3月末にリーダー層の合議で見直している。 ・今年度は不審者対応訓練を実施し、その振り返りから改善点が提起されたことを受けて「不審者対応マニュアル」を見直し、改定している。また、感染症への対応について振り返りを行ったことにより、改善点を見出し、新しいマニュアルについてクラス単位で研修を実施している。実践の振り返りにより、マニュアルを見直し、改定し、職員研修で周知するという流れができています。 ・また、文書化されていない個別支援計画の作成、モニタリングについては「いつ、誰が、何をを行うか」についての体制は決まり、体制と手順は毎年見直しが行われている。当事業所での生活の全体像がわかる「入所のしおり」「利用のしおり」は、毎年実態に即した形になるように見直しが行われている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各マニュアルの見直しはリーダー層が行っているが、その動きが職員全体に伝わっていない。職員自己評価の結果でも、他の項目に比べて肯定率が低い。 ・見直しに当たり、職員全体の役割分担や職員全員の意見の反映ができるように、取り組みのあり方を検討することを期待する。 	

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 アセスメントに基づく個別的な個別支援計画を適切に策定している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	a
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)89.2% b)8.1% c)0.0% 無回答)2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画は、2名の児童発達支援管理責任者(児発管)のもとに作成されている。 ・アセスメントシートは、法人内の児童発達支援関連事業所で、発達の視点、権利的視点、生活的視点からそれぞれ検討し、共通の様式に一本化した。 ・アセスメントシートには、社会性、理解、記憶、受容コミュニケーション、表出コミュニケーション、遊び、食事、排泄、着脱等の項目があり、チェック方式になっている。職員は、太田ステージ、遠城寺式などの簡易な発達検査を学習し、子どもの発達の状況を確認できるようにしている。 ・個別支援計画を検討する「プラン会議」には、クラス担任、児童発達支援管理責任者、作業療法士、栄養士が参加している。医療的ケアが必要な子どもやアレルギー、てんかん、喘息のある子どもへの対応には、看護師も参加する。看護師が参加した子どもについては、法人の「看護師連絡会」で個別状況を共有している。医療情報が必要な場合は主治医と面談し、その意見を確認している。法人内の理学療法士や言語聴覚士などに意見を聞く場合もある。当事業所では、アセスメントにおいては積極的に専門職の活用を行っている。 ・個別面談で保護者の意向を確認し、アセスメントから得られた子どもの状況を共有してニーズを整理し、個別支援計画を作成する。プラン会議で検討し、保護者の同意を得る。個別支援計画の作成と併せて、支援場面における手順書をクラス担任が作成している。入園後1カ月の期間に、クラス担任が家庭訪問を行い、家庭全体の様子を把握した上で個別支援計画を作成している。 ・当事業所だけではアセスメントや支援が難しい場合には、療育センター、訪問看護師、訪問の医師、相談支援事業所などの関係機関と連携し、手立てを検討している。 	

【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。		評価
判断基準	a) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	a
	b) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画に見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)89.2% b)8.1% c)0.0% 無回答)2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画は2カ月ごとのクラス会議で進捗状況を確認し、半年ごとにモニタリングを行っている。 ・半年ごとに保護者と個別面談を行い、子どもの成長を確認して今後の希望を聞き取り、計画の内容を見直している。 ・子どもや家庭に急な状況の変化があった場合や、目標をクリアしてしまって計画の意味がなくなった場合には、随時クラス会議を開催し、新たな計画を作成をしている。 ・個別支援計画に変更があった場合には、ケアラボ、クラス会議、クラスノートなどで伝え、クラス全体で情報共有している。 	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

【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。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	a
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が記録されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)73.0% b)24.3% c)0.0% 無回答)2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の個別の記録は、ケアコラボを活用して入力している。ケアコラボ導入の際には、職員を対象に記録の書き方についての研修を行った。書き方の見本もあるので、記入の際には確認している。 ・個別支援計画も、ケアコラボで確認できる。個別支援計画の項目を選択し、実施状況と子どもの様子について記録している。 ・日々の子どもの記録や写真・動画データの送受信ができるようになったことで、関係機関や専門職との情報共有やアドバイスが得ることなどが行いやすくなった。 ・ケアコラボのアカウントは常勤職員のみ、ログインは全職員が可能である。クラスノートで、紙面による情報共有も行っている。 ・法人の会議録や伝達事項は、情報共有グループウェアである「WaWaOffice」で行い、情報共有している。また「カテゴリーミーティング」や「委員会」などの法人内の横断的な会議体があるので、他事業所の職員とも情報共有できる場がある。 	

【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。		評価
判断基準	a) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。	a
	b) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)97.3% b)0.0% c)0.0% 無回答)2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の子どもに関する記録の保存、廃棄、開示は、法人の個人情報保護規程により決められ、管理されている。 ・個人記録はデータベースになり、アカウントを持つ正規職員のみがそのデータベースにログインできるようになっている。一方で「連絡会議」の記録など紙媒体の記録物もあり、それらは職員室の鍵のある棚で管理されている。 ・個人情報保護規程の内容については、全職員が入職時に説明を受け、職員会議でも確認している。また、保護者に対しても、利用契約時に説明している。 	

●内容評価項目

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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)70.3% b)29.7% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として大切にしたい支援観である「自律、尊厳、ハビリテーション」に則り、子どもの自己決定を尊重した個別支援を「支援の基盤」として重視し、実践することを心がけている。 ・支援の実践場面では、過介護にならないように日常的に気配りをしている。介護はここまでという見極めを行うようにしている。 ・自分の意思を明確にしたり、伝達したりする力が弱い子どもたちであるため、そのような子どもたちの自己決定を育てることを目的に、さまざまな場面で選択ができるようにしている。例えば、遊びの種類やおもちゃの選択、どちらを食べたいかなどの選択肢を実物やカードなどで子どもに提示し、本人の自己決定を促すようにしている。 ・生活に関わるルール等については、年長児クラスで取り組んでいる。作業療法士による特別支援活動の際に、グループ決めは子どもたち自身が行うようにしている。 ・子どもの権利については、クラス会議などで、具体的支援(例えば、食べないこと)を検討するときに話題になり、そのようなときに職員は意識化することが多い。本人の意思は権利として認め、尊重しながら、健康上そのままではよいかどうかを検討し、理解・共有する機会となっている。 	

A-1-(2) 権利擁護

【A2】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。		評価
判断基準	a) 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	C
	b) -	
	c) 利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)97.3% b)0.0% c)0.0% 無回答)2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人権や権利擁護に関する研修を年1回は実施し、規定・マニュアルも整備している。 ・家族に対しては、重要事項説明書で個人情報保護や守秘義務とともに虐待防止の6項目について説明している。 ・以上のように書面等を整え、実際に権利侵害が発生した場合の再発防止策などを検討しているところである。 ・よくない声かけを行っている例を聞いたら、そのつど全体へ向けて「やめましょう」と発信している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の自己評価も高く、書類の整備および研修の実施は実現していると言える。ただし、研修については、常勤職員と嘱託職員では受講の機会が異なっているため、嘱託職員の研修機会を常勤職員同様に改善する必要があり、そのための取りくみの実施が望まれる。 ・職員自己評価の自由意見では、具体的支援の声かけについての疑義が寄せられていたコメントなどがあり、権利侵害が発生した場合の対策については、さらなる充実を図ることを期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
	b) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)75.7% b)24.3% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、子どもの支援は年間目標を立てて実施している。その年間計画立案の基礎には、保育所保育指針、隣接する法人経営保育所が作成した「小ざくら保育の道すじ」、国の児童発達支援ガイドラインなどを位置づけている。児童の定型発達、すなわち発達の道筋をしっかり捉えて実践する計画となっている。 ・発達の早さは、個々によって異なってくるが、同じ発達の道筋をたどって人は発達していく。このことが、人の自律・自立生活のための支援となっている。 ・年間指導計画をさらに4期に分け、季節感を大事にしなが、年齢ごとに大切にしていることを明確にし、週案に具体化している。その週案を保育内容として位置づけながら、さらに活動には選択肢を持たせて、本人の自律・自立生活を促進できるように組み立てている。 ・生活の自己管理についても、自分の物の管理等が自立していくように支援している。 	

【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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)83.8% b)16.2% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの生活を支える力として、コミュニケーション支援は優先課題であるとし、とりわけ「子どもが助けを求められる力を養うこと」を重視している。 ・アセスメントにおいても、コミュニケーションについては「受容」と「表出」を分け、表出コミュニケーションを要求手段、援助要求、拒否、注意喚起の4項目に分類してアセスメントしている。 ・子どもが助けを求められる力は、アセスメントの「援助要求」の項目になる。 ・コミュニケーションの課題としては、言語のみならず、当事業所では非言語コミュニケーション、すなわち視線や仕草などを丁寧に考察している。あるいは、泣くことや自傷行為なども表出行為としてどのように読み取っていくかを分析的に捉えようと実践している。 ・日常的には、コミュニケーションツールとして、絵カードや写真などを個々に応じて作成し、利用している。 	

【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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っているが、十分ではない。	
	c) 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ない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 75.7% b) 24.3% c) 0.0% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもが職員に働きかけやすくなる環境づくりとして、職員は子どもに対して忙しそうな素振りを極力見せないように心がけている。そのことで、子どもが職員に働きかけやすくなる状況をつくっている。 ・職員は、利用者のちょっとした働きかけも逃さないようにし、小さな子どもである利用者が職員に発信する力を育てられるように努めている。 ・子どもの意思決定とは、他者からの情報提供がなされ、それを子ども自身が理解し解釈した上で、自身の意思表明を行う一連の手続きと位置づけている。すなわち、自分が選択した活動に取り組み、新たな情報がもたらされたときには、子ども自身が理解して次の活動選択をするということを積み重ねていくことで、意思決定・表明の力を育てるように支援している。 		

【A6】A-2-(1)-④ 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。	a
	b) 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 81.1% b) 16.2% c) 0.0% 無回答) 2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保育所保育指針を踏まえ、健康・人間関係・環境・言葉・表現の5領域にわたる活動内容を準備している。同時に、季節に応じた活動もプログラミングしている。それら通常の幼児発達の望ましい活動に加えて、児童発達支援ガイドラインに沿った運動感覚やコミュニケーション活動などの発達支援を取り入れている。 ・当事業所では、常に多様なプログラムを用意しているので、子どもの状況に応じて活動を選ぶことができる。 ・保護者の要望としては、子どもが将来通うことを希望している事業所の園庭開放日を知りたいというものがあった。保護者は、場所を知って慣れることを期待している。それらについては、クラスの入口に「園庭開放日のお知らせ」を貼り紙にして情報提供している。 ・その他、行政で企画したり、市の障害部門主体で実施するキャンプなどの通知内容は、ケアラボで情報提供している。 	

【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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 70.3% b) 27.0% c) 0.0% 無回答) 2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員室には、障害についてのファイルを用意している。その他、参考図書も置いて、職員が自己研鑽できる環境づくりをしている。隔月開催のクラス会議では、障害に関して説明することもある。常勤職員に対しては、法人内のエリアで実施する研修があり、参加している。 ・現在、目立った行動障害を示す利用者は見当たらないので、クールダウンコーナー等を利用することはなくなっている。それは、支援方法の検討・見直しによるものと同時に、環境調整の工夫によるところが大きい。 ・環境調整については、事業所内のみならず、家庭の様子をケアラボで知らせてもらい、それを参考にしながら検討を重ねている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、常勤職員は研修会も保障されているが、嘱託職員についてはその機会があまり保障されていない。 ・そのため、職員それぞれの障害についての理解にも差があり、情報を全職員に周知することも困難な状況であることを、事業所では課題として認識している。この視点からの改善の取り組みが望まれる。 	

A-2-2) 日常的な生活支援

【A8】A-2-2-① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。	a
	b) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 73.0% b) 27.0% c) 0.0% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、事業所内の厨房で、事業所の職員が食事の提供・管理を行っている。常勤職員3名はいずれも管理栄養士で、他にも1名の嘱託の厨房職員がいる。 ・子どもの嗜好は、一人ひとりの残菜を毎日チェックすること、日々の食事の様子から把握している。 ・特別食提供については、医師の診断書に基づき、個別支援計画に取り入れている。家庭での様子もケアラボの動画で把握し、聴取している。さらに嚥下に課題のある子どもについては、必ず主治医の判断を聞き、対応を検討している。なお、多くの子どもに咀嚼の課題があるため、主治医からの意見とともに、法人の言語聴覚士にも助言を求めることがある。 ・食べ物の好き嫌いの状況によっては、子ども本人の食べられるものを家庭から持ってきてもらい、それを提供しながら、好き嫌いの改善を図ることも取り組んでいる。また、子どもが楽しく、おいしく食べられるように、クラス担任と相談しながら食べる場所を選んだり、おやつを選択メニューを提供するなど、当事業所では日々工夫して子どもに対応している。 ・排泄支援は、ほぼ全員が対象であり、保護者からのニーズも高い。個別支援計画等に則って、当事業所では自立に近づけていっているが、家庭では相変わらず「おむつ使用のまま」ということも少なくない。家庭の状況によってその事情はさまざまであるため、それぞれの家族と連携しながら継続的な支援を実施するようにしている。 	

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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)73.0% b)27.0% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は日常的に建物の1階と2階の双方を利用しているので、階段の昇降については特段の配慮を行っている。階段ぎわの待機場所には靴のマークを明確に表示し、子どもたちにとってわかりやすいようにしている。また、柵の鍵を外したり開閉する操作は、大人だけが行うことであるというルールを徹底している。 ・親子通園および年長クラスのグループの一つでは、隣接する別棟で養育を行っている。今回の保護者アンケートでは、別棟の快適性について懸念する意見が記載されていたので、事業所としては本棟と別棟の一体感、安全性、清潔面などについて配慮するようにしている。 ・子どもの昼寝は、年少クラスの児童だけ日課として位置づけているが、年上の子どもたちも、必要に応じて昼寝はできるように配慮されている。 ・子ども同士の相性については、必要に応じて子どもたちの棲み分けができるように工夫している。 	

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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)75.7% b)21.6% c)0.0% 無回答)2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所には作業療法士(OT)が常勤配置されている。また、法人の言語聴覚士(ST)には、必要に応じて利用者の嚥下機能について相談したり、助言してもらうことができる。これらの専門職による支援については「特別支援計画書」を作成して実施している。 ・作業療法士(OT)はクラス会議に必ず参加し、すべての子どもの状態を把握できるようにしている。 ・作業療法士(OT)の支援では、事業所のプログラムとして運動等を取り入れている。OTによる運動部門の活動は集団で実施し、ホールにおけるサーキット活動として定着している。OTは、この活動のなかで個々の機能に必要な助言・支援を行っている。 ・今年度は、各クラスおよび家族からの要望として「箸」の使い方の指導が共通テーマとなっている。現在、作業療法士(OT)を中心に取り組みを始めているところである。 	

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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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行っているが、十分ではない。	
	c) 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行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)94.6% b)5.4% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常的な利用者の健康管理については、クラス担任が子どもの排泄、体温、体調を日々記録している。また、在園時の個々の子どもの体調変化は、クラス内のホワイトボードにメモ書きしておき、関係職員全員が把握できるようにしている。 ・家族からは、子どもの体調について日々の連絡帳やケアコロボを通じて報告されるので、必要に応じて看護師が対応している。当事業所では、嘱託医師による内科健診を年2回、歯科健診を年1回実施している。それぞれの健診の実施前に、家族から嘱託医師への質問事項を提出してもらい、当日は看護師から嘱託医師に対して質問内容を確認している。最終的には、健診の結果と合わせて、家族に対して質問事項への嘱託医師からの回答を伝えている。 ・利用者の健康維持・増進の取り組みの一環として、毎月1回「保健だより」を発行している。感染症対策や予防接種などのほか、流行性のウイルス感染症であるヘルパンギーナや麻疹についての情報も、いち早く該当年齢のクラスに伝えるなど適切な周知ができるように心がけている。そのため、臨時号の「保健だより」も発行し、対応はきめ細かい。 ・職員研修として、今年度は嘔吐処理についての動画を作成した。嘔吐処理の手引き書は整備しているところであり、併せて職員に対する実地研修ができるように心がけている。コロナ禍への対応としては、眼鏡ガードを付けるようにするなどの感染防御策を加え、より一層内容を強化したマニュアルの改訂も行った。 	

【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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)89.2% b)5.4% c)0.0% 無回答)5.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今年度から、医療的ケア児を受け入れている。現在、医療的ケアを必要とする利用者は3名在籍している（胃瘻、吸引、導尿）。 ・当事業所には常勤看護師1名と嘱託看護師3名が配置されている。医療的ケアについては、それら4名の看護師が実施しているので、保育士等の非医療職員が対応することを当事業所では考えていない。 ・医療的ケア児の受け入れにあたっては、家庭で実施している支援の手順も必ず保護者等から聞き取り、さらに医師の指示書に基づき、看護師が手順書を作成している。 ・医療的ケア児は、入園前から家庭において訪問看護や訪問診療を利用しているので、そのカンファレンスには当事業所からも可能な限り参加するようにして、家庭と事業所の支援方法についての相互理解と調整に努めている。 ・服薬に関しては、現在、利用者2名が在園時の服薬支援を必要としているので、その対応は看護師が行っている。なお、服薬管理について、災害時等を見越した薬の預かりは現在実施していないが、予備として1回分のみ預かっている。 ・医療的ケア児への支援の実施に際しては外部研修に参加し、また研修の紹介も行っている。現在は、日常的な医療的ケアの実践場面をクラスの職員に見てもらいながら、知ってもらう段階であると事業所では捉えている。 ・なお、現状としては、医療的ケアを必要とする利用者への支援は過不足なく実施できているが、今後の緊急時・非常時対策として、またさらには医療的ケア児の増加が見通されるところでは、医療的ケアを実施できる職員を増やすことが必要であると思われる。そのような課題も踏まえて、職員研修や個別指導等のプログラムを検討すべき時期と考える。取り組みのさらなる充実を期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 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。	b
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)59.5% b)32.4% c)5.4% 無回答)2.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外部のスィミングジムに参加している子どもがいる。その一方で、保護者から、しばしば「スポーツクラブや塾などに通わせたい」という要望が出されるが、子どもの障害特性として、待てない、指示が通りづらい、危険察知が難しいなどの理由で保護者も躊躇し、実施機関からも断られることが多い。当事業所では、そうした保護者の要望を聞いて、むしろ事業所内プログラムに「リトミック」など取り入れ、支援している。また、個別の勉強時間等も設定し、支援している。 ・当事業所には消防署、病院、郵便局、学校などが隣接しているので、それらは手近な社会学習の場として適切である。普段の散歩のコースにもそれらの社会資源を活かし、信号のある横断歩道の渡り方などの学習も併せて実施するようにしている。 ・「スペシャルオリンピックス日本・岡山」の活動に参加している子どもが当事業所を利用しているので、その情報についても座談会などで共有するとともに、不参加の保護者に対しては書面で伝えるなどしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの社会学習の支援については、当事業所の恵まれた立地を活かした取り組みがある。さらに、事業所内における学習支援なども、きめ細かく実施されている。 ・今後は、地域内のスポーツクラブなどの活用についても、当事業所の利用者が使いやすいよう関係機関との連携を深めるなど、取り組みの充実を期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 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。	a
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)67.6% b)24.3% c)2.7% 無回答)5.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域移行とは、幼稚園や保育所への転園および小学校への入学のことを指している。地域移行までの手続きとして、利用者の発達状況や保護者の考え、地域の状況などを総合的に判断し、移行を進めるときには保護者懇談会を持って決定している。必要に応じて、移行先の幼稚園、保育所、小学校などの見学同行なども行っている。 ・就学については、例年6月頃に「保護者学習会」を開催し、そこで「就学の案内」と「就学までの流れ」などについて説明している。併せて、先輩保護者から話を聞く会も開催している。 ・学校側からは、就学时健診前に提出された資料に基づき、事業所に来所することになっている。学校との連携のほかにも、相談支援専門員や保健師等とも連携を図っている。 	

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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)81.1% b)18.9% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族とは、毎回ケアラボを使用して事業所における子どもの様子などを伝えている。家庭からも、ケアラボに休日の家庭での子どもの様子を伝えてもらえる。それ以外にも「連絡帳」を用意しているので、そこには家庭から体温、食事、体調について記載してもらっている。家族によっては、相談等のやり取りを望む場合もあるため「コミュニティノート」を用意し、活用しているケースもある。 ・家族から「仕事の都合があって、子どもを午前9時前から預かってほしい」と希望を伝えてくる場合もある。そのような場合には、条件つきではあるが、隣接する同法人の保育所に午前9時前に預けてもらって、9時になったら当事業所からその保育所に迎えに行くという配慮も行っている。 ・ペアレントトレーニングも実施している。家族の希望により実施する場合と、事業所から進めて実施する場合があるが、保護者からは「声かけのやり方が大事であることがわかった」などの感想が伝えられるが多く、手応えを感じているところである。 ・家族支援として必要な場合には、ヘルパー利用等を紹介している。 	

A-3 発達支援

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。		評価
判断基準	a) 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。	a
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)81.1% b)18.9% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、子どもの支援は年間目標を立てて実施している。その年間計画立案の基礎には、保育所保育指針、隣接する法人内の保育所が作成した「小ざくら保育の道すじ」、国の児童発達支援ガイドライン等を位置づけている。児童の定型発達、すなわち発達の道筋をしっかり捉えて実践する計画となっている。 ・発達のスピードは個々の子どもによって異なってくるが、同じ発達の道筋をたどって人は発達していく。このことが、人の自律・自立生活のための支援となっている。 ・年間指導計画を、さらに4期に分けて、季節感を大事にしながら年齢ごとに大切にしていることを明確にし、週案に具体化している。その週案を保育内容として位置づけながら、子どもの活動プログラムをクラスチームで検討・実施している。支援項目としては、①発達支援(個別、集団)、②家族支援、③地域支援の3項目を必ず成立させて、実践している。 	