

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：きらり玉島	種 別：児童発達支援と放課後等デイサービスを行う多機能型事業所	
代表者：渡邊 幸恵	定 員：児童発達支援（10名） 放課後等デイサービス（5名）	
所在地：岡山県倉敷市玉島乙島5796-53		
電 話：086-476-5515	ホームページ： https://www.cumre.or.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：2008（平成20）年 1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：4名 非常勤職員：3名	
専門職員	保育士：2名 保育士：3名	
	精神保健福祉士：1名	
	児童指導員：1名	
	地上2階・4部屋の一軒家 延べ床面積157.7㎡	

③ 理念・基本方針

<法人理念>

ともに育ち ともに生きる

<法人方針>

- 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

④ 施設・事業所の特徴的な取組

発達に何らかのつまずきや遅れのあるお子さんを対象に、一人ひとりがその子らしい生活を確立できる力を育てることを目指して支援していきます。

お子さんの発達や特性に応じた方法を通し、地域により近い立場で支援するサービスを提供している事業所です。

“できた！”という達成感や、自己肯定感を子ども自身が味わえるようスモールステップで取り組んでいきます。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2022年10月 8日（契約日）～ 2023年 3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（2017年度）

⑥ 総 評

◇特に評価の高い点

1. 管理者は、職員に意見を求め、一緒になって利用者の満足の向上のためにリーダーシップを発揮している

管理者は、事業運営に際し利用者の満足度の向上を第一に考えている。そして、リーダーとしてのあり方については「職員個人の経験や年齢差などを受けとめ、まず話を聞くこと、否定しないことを基本に対応する。そして自分だったらどうするかを考えて意見交換する」と語る。

利用者満足を向上させるための取り組みとして、毎日の振り返りでは、納得した支援を行うことを課題として話し合い、また職員会議では、事業運営上のことで気になることを語ってもらい、職員に対してチームワークを意図した助言などを行う機会としている。

また、キャリアパス運用時面接では、職員の個人差や職員の経験など前提として課題の設定に取り組む方針を持ち、具体的には、当事業所の事業計画に明示した取り組むべき項目から、自分に関係のある項目を選択し、個人の課題・目標化する方針で話し合いを行っている。

そして、職員配置や支援方法に関して助言し、人手不足の際は現場に入って支援を担当して職員と一緒に考え、また経験を伝える機会としている。また、勤務調整を行って、法人が主催する研修への職員の参加を促している。

職員自己評価では、サービスの質の向上を推進する管理者のリーダーシップへの肯定率は高い。

2. 子どもの生活の中心となる場である所属園や小学校と連携を図り、子どもの地域生活の支援に取り組んでいる。

当事業所を利用する子どもたちの所属園や通学する学校については、保育所・幼稚園は18カ所、小学校が4カ所である。それぞれの所属園や小学校には、管理者と担当職員が半年ごとに訪問して、実際の生活の場での子どもの様子を見学し、話を聞き、状況について確認している。また、日常的に連絡帳でやり取りを行い、子どもの状況を共有している。

放課後等デイサービスは、不登校の状況にある子どもが対象であるため、担当教員やスクールソーシャルワーカーと情報を共有し、子どもへの対応について確認をしている。事業所内でできたこと、対応の工夫などを共有して、子どもの学校生活につなげられるように心がけている。

子どもにとって、中心となる生活の場は、所属園や学校である。そこで子どもが安心してのびのびと過ごせるように支援することが地域生活支援である。所属園や学校と連携して、子どもの地域生活を支援している。

◇特に改善を求められる点

1. 事業所の重要な経営課題の現状分析と、課題解決の取り組みが十分には行われていないため、改善に向けた計画的な取り組みにつなげていない

理事長および法人本部が中心となって経営環境を取り巻く内外の状況を把握し、中期経営計画の策定や法人全体の事業実施体制を見直しながら取組みを進めている。具体的には今年度の「5拠点+1基地」と称する体制の中で、各拠点に拠点長を配置して拠点ごとの経営責任体制の再編を図ろうとしている。

しかし、当事業所において稼働率の向上、職員の体制と育成などの重要な経営課題に関する現状分析と課題解決の取組みは十分には行われていない。事業計画からもそれらの課題認識は明確には読み取れず、計画的な取組みにつなげていない。また、経営課題は拠点ミーティングなどで協議しているものの事実上は報告や共有にとどまり、現状では課題解決に向けた検討や取組みの具体化には至っていない。

拠点と管理者との間での責任体制や役割分担の明確化も含め取組みの強化を期待する。

2. 子どもの状況の共有、個別面談、子育て支援に関する情報提供など、さまざまに保護者への子育て支援を行っているが、保護者同士が交流する場がない。同じ立場の保護者同士が交流することで学び支え合えるよう取り組むことを期待する

子どもの状況や日々の取組みの様子は、送迎時やケアラボの連絡帳で、保護者に対して伝えている。写真や動画など視覚的に子どもの状態を伝えることができ、保護者の安心につながっている。また、定期的に個別面談を行い、家庭での困りごと、きょうだい児の発達や生活についての相談にも対応している。所属園への訪問や医療機関との連携も、保護者の安心につながっている。

一方で、法人が行う保護者学習会等は、それぞれの地域が離れているため参加が難しい。行事等で保護者同士が交流する機会も、ほとんどない。保護者に対する個別支援は行っているが、同じ立場の保護者同士が交流し安心を得たり、自分の子育てに気づきを得たりする場の提供が行われていない。関係者からのアドバイスよりも、同じ立場の仲間の言葉や存在のほうが、保護者にとってより支えになることは多い。保護者同士が交流し、学び支え合えるような取組みを期待する。

3. 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境を確保するために、事業所の設備・環境・安全の確保のための整備が図られることを期待する

当事業所は、法人の理念・方針に基づいて「利用者がありのままの姿で生き生きとした生活を送り、かつ本人を取り巻くすべてにおいて総合的な支援を実施する」としている。

そのため、職員は、法人の理念・方針を意識しつつ、建物の老朽化や器具などの不具合もあるなかでも、明るい雰囲気を保つよう心がけて事業に取り組んでいる。特に子どもの生活の場となる建物の安全確保については難しさもあり、工夫をしながら支援をしている。2階への急な階段には手すりをつけて、子どもが昇降しやすいように配慮し、大人用トイレには子ども用便座を載せている。また、剥がれた床のタイルなどは、定期的に修理や見直しを行い、子どもの安心安全の確保に努めている。

しかし、そのような取り組みには限界もあり、職員等は、子どもの生活環境の確保のために工夫や配慮を重ねながら、建物に関する課題について提案し検討を行っている。利用者調査でも、環境面に関する保護者の不安が散見されている。

こうした状況は当事業所も把握し、適切な物件が見つかり次第、移転を考えているという。日常の子ども（利用者）が生活する場は、何よりも安心・安全の確保が不可欠である。その上で「児童発達支援ガイドライン」に基づいて、子どもの発達が豊かに展開でき、快適でくつろいで過ごせるように事業所の設備を行い、利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境を提供することが求められている。改善に向けて、早急に対策を具体化するように期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

令和5年度、管理者、児童発達支援管理責任者が代わり、上記の評価される点としては、継続して責任者が職員育成を行い、ご利用児・家族・地域を巻き込んだ支援ができるように働きかけていきたい。また、利用児の主となる所属園・学校等と随時の情報共有を行ないながら、きらり玉島での支援を具体的に知らせていき、地域の中で安心してその子の持つ力が発揮できるよう地域連携を継続して行なっていく。

改善を求められる点としての会議の持ち方としては、令和4年度の5つの拠点制から、5つのエリアへと変化し、それに伴い会議体も変更予定である。きらり玉島も、児童発達支援センタークムレを軸として、サテライトであるきらり事業所（倉敷・児島・水島・玉島）とも機能強化を図っていく形となる。昨年度の課題として挙げられている、共有・報告だけの会議ではなく、法人内の課題を抽出し、事業所としてその課題に対してどう動いていくべきかを具体化して考える流れを作っていくように、全体で動いていきたいと感じる。

保護者同士の学びの場としては、今年度の事業計画にも保護者同士の学びの場を取り入れることを入れている。そのため、積極的に保護者同士で話し合う場を取り入れたたり、先輩となる保護者に話しに来てもらう場を取り入れたたりして、保護者が育児についての悩みを共有する、支え合いの場となり得るような場づくりをしていきたい。

施設の環境面に関しては、令和5年度から安全計画の作成等が義務化され、障害児の安全確保に対する取り組みが重点化されている。職員間でも、安全点検や気づき強化を行い、環境面に関する修繕・見直しなどを行ないながら、ご利用児・保護者が安心して通える場としていきたい。移転に関しては、引き続き物件を探していく予定である。

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.5～33）。

● 共通評価基準

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(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。	a
	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)85.7% b)14.3% 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"> ・法人として、基本理念、基本方針、行動指針を明文化し、ホームページや広報誌『くもれだより ふれあい』等に掲載している。基本理念である「ともに育ち ともに生きる」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『くもれ10の心得』)を携行させ、また、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たものを持たせている。また、新採用時研修のほか、非常勤職員を含む全職員を対象に法人の基本理念等の理解浸透を図るための研修(理念研修)を行っている。さらに、拠点会議など法人の大きな会議では、参加者が基本理念等を唱和することをルール化している。 ・新人職員に対するOJTのチェック表の冒頭には、法人理念や基本方針を理解させることを位置づけている。 ・当事業所では、職員会議の冒頭で『くもれ10の心得』と拠点スローガンを唱和している。 ・なお、利用している子どもの保護者に対しては、事業所内の掲示に留まる。周知の取り組みの充実を期待する。 	

I-2 経営状況の把握

I-2-1(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。	b
	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)42.9% b)42.9% c)14.3% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では少子高齢化が進む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している。 ・法人は、各事業所が所在する地域を拠点として体制を組んで活動しているが、今年度はその体制を5つの拠点に分け、それを法人の管理部門や各拠点への支援を行う法人本部機能を「基地」として「5拠点+1基地」の体制と称している。当事業所は、5つの拠点のうちの一つ「わたげ・第二拠点」に位置づけられている。 ・新たな拠点には「拠点長」を配置し、管轄する各事業所の経営責任を担わせるとともに、法人の幹部職員による「拠点会議」や各事業所の管理者等が参加する「拠点ミーティング」によって法人の方針の周知と拠点内の各事業所の取り組み状況の共有に努める体制を敷いている。 ・管理者は、事業所の代表として「拠点ミーティング」に参加し、自事業所の稼働率などの経営状況を報告するとともに、拠点内の他事業所や当事業に関連する制度などの変化、事業を取り巻く情報などを把握している。なお、管理者は、事業所の職員に対しては、法人から周知の指示のあった事項と自ら周知が必要と判断した事項を知らせている。 ・事業所では、毎月の「職員会議」でヒヤリハットや事故の報告を行うほか、拠点会議などの内容を報告し、さらに今月・来月の予定等を共有している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・拠点会議で事業所の現状や課題については共有に努めているが、事業所が位置する地域の特徴や変化、利用者の潜在的ニーズなどの把握は不十分であるとしている。職員自己評価でも、同様の結果である。職員への情報提供を充実させるとともに、職員を巻き込んだ取り組みを行うことを期待する。 	

【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。	b
	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) 57.1% b) 28.6% c) 14.3% 無回答) 0.0%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確にし、その課題の解決に向けて法人本部と今年度に再編した新たな「5拠点+1基地」によって組織的に経営課題の解決に取り組む体制を整備している。 ・法人では、新たな「5拠点+1基地」の体制のもと、各事業所で完結するサービス提供にとどまらない地域共生社会の実現に向け、拠点長の責任と役割の明確化、ICT化、人材確保や人事システムなど人材マネジメントの見直しなど取り組むとともに、各事業所においてはそれぞれの本来の事業所経営を行っている。 ・新たな5拠点制において、当事業所は「わたげ・第二拠点」に属し、毎月の拠点ミーティングでは、中期経営計画に基づく公益的な取り組みの状況、各事業所の現状と課題、その改善策などについて協議し、次月の取り組みにつなげている。 ・管理者は、職員会議では毎月の利用率を報告し、稼働率の低下を防ぐための取り組みを提案し共有している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経営課題は拠点ミーティングなどで協議・共有されているが、事実上は状況報告にとどまっている。当事業所での稼働率の向上や職員育成なども含めた経営課題の解決に向けた取り組みの具体化は必ずしも十分ではない。それらを担う役割や責任体制の明確化も含めて、取り組みを強化することを期待する。 	

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) 57.1% b) 28.6% c) 0.0% 無回答) 14.3%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の変化を踏まえて「くもれ中期経営計画2025」を策定している。この計画は、国の唱える「地域共生社会」の実現に向けて、拠点体制による切れ目ない支援を行い、国際連合が採択した持続可能な開発目標（SDGs）の理念の実現にもつながるものとして位置づけられている。 ・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「多様な生きを実現する地域づくり」などの3つの方針を掲げ、スケジュール化するなど、それぞれ具体的な取り組みを明示している。 ・中期経営計画については、半期ごとの振り返りは実施している。また、経営会議でも必要に応じて見直している。法人は今年度、事業の実施体制について2拠点制から5拠点制に再編するとともに、人材マネジメントの見直しなどに取り組むなど、計画的に「くもれのありたい姿」（ビジョン）の実現に向けて取り組む計画としくみを整えている。 	

【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)57.1% b)28.6% c)0.0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「くもれ中期経営計画2025」を踏まえて拠点ごとに事業計画を作成し、それ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。管理者は、前年度の事業報告を踏まえ、当年度の計画を策定している。 ・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て「事業所のありたい姿」「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」などで構成されている。 ・当事業所では、法人の方針に則って「事業所のありたい姿」を明示している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新たなフォーマットを導入したばかりであるためか、事業計画における「事業所のありたい姿」が、何を明示しているものかが明確ではない。今後の3年程度を見通した事業所の達成すべき状態(姿)を示しているとすれば、内容は抽象的であり、また「ありたい姿」に向けた計画的なプロセス(例えば年次の計画など)も読み取りにくい。内容の十分な検討が必要である。 ・当事業所の重要な課題である稼働率の向上や職員育成などにどう取り組むのかについて、その方針や具体的な取り組みが明確には示されていない。課題の明確化と併せて、単年度の事業計画の充実を期待する。 	

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もと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、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)42.9% 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"> ・本年度の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、管理者が前年度の実績を踏まえながら、主に児童発達支援指導者の意見に基づき作成し、法人内の水島拠点地域の児童発達支援事業所の管理者と相談しながら取りまとめたものである。 ・管理者は、実行可能な内容と具体的な行動についての記載を意図し、数値目標で示すことなど、評価の視点としては具体的な支援内容が記載されているため、評価しやすいとしている。 ・事業計画は、職員には4月の職員会議で説明して周知し、進捗状況は特に数値目標を意識して年度末に評価した上で、次年度の計画の内容に反映させている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は、法人の定めた枠組みに沿って取りまとめ、職員への周知にも努めている。 ・しかし、計画策定段階における職員参画の機会が明確に位置づけられていない。職員自己評価の結果も、上記の通り、6割弱の肯定率であり、特に事業計画の周知、理解を促すための取り組みなどが低率である。さらなる取り組みの強化を期待する。 	

【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)57.1% b)14.3% c)28.6% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該年度の事業の方針等の周知については、利用者等に対しては広報誌『くもれだより ふれあい』を配布している。広報誌では、毎年度の最初の発行号には法人の方針や新たな事業について伝える記事を掲載している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年度事業計画に関する利用者への周知について、特段の取組みは行っていない。今後の検討を期待する。 	

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)85.7% b)14.3% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取組み状況</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られ、福祉サービス第三者評価の活用のほか、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サイクルのもとに展開すると明示している。 ・法人では、すべての事業所において、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)で発表する体制としくみとしている。 ・当事業所の今回の第三者評価の受審は、2017(平成29)年度以来、今回が2回目である。今回の受審結果については、職員に周知してその意見を聞きながら改善に取り組みたいとしている。 ・厚生労働省が示す「児童発達支援ガイドライン」に基づく自己評価(事業所、保護者)を毎年度実施し、要望事項や数値は職員会議で周知し、すぐ対応できるものには取組み、検討を要するものは職員の意見を聞いて対応している。自己評価の結果は、市役所および法人のホームページで公開している。 	

【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。	b
	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)71.4% b)28.6% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の方針として、第三者評価や「児童発達支援ガイドライン」に基づく自己評価の実施によって課題を明らかにし、各事業所に対して課題の改善に向けた計画的な取組みを促している。 ・当事業所では、法人の方針に則って、改善に向けた取組みを明示しているが、主に管理者(児童発達支援管理責任者を兼務)が改善策を検討している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、これまでの評価結果の取組みには計画性が欠けていたことを認識し、計画の見直しはできていないと判断している。第三者評価や「児童発達支援ガイドライン」に基づく評価の活用の際に、全職員の参加による計画的な取組みを行うことを期待する。 	

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(1) 管理者の責任が明確にされている。

【10】Ⅱ-1-1(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)85.7% b)14.3% c)00.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者の責任と権限は、法人の組織規程に基づく「職務権限一覧表」や「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」や、それに照らした「役割基準」が明示されている。 ・管理者は、精神保健福祉士の資格を持ち、法人内の他事業所で経験を積み、昨年度、当事業所の管理者に就任している。 ・管理者自身は、事業運営に際し、利用者の満足度を第一に考えている。毎日の振り返りでは、納得した支援を行うことを課題に話し合い、また職員会議では事業運営上などで気になることを職員に語り、チームワークを意図した助言を行うなどの機会としている。また、職員の経験に応じた質の向上を課題とし、キャリアパス運用時面接では、当事業所の事業計画に明示した取り組むべき項目から自分に関係のある項目を選択して、目標化することを課題に話し合いを行っている。 ・なお、職員自己評価では、災害や事故の発生時など非常時における管理者の役割と責任、不在時の権限移譲などの明確化に関しては、肯定率は低い。検討を期待する。 	

【11】Ⅱ-1-1(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)71.4% b)28.6% 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"> ・法令遵守に関する取り組みは、管理者としてかわりを持った経験はなく、従って管理者は行政による集団指導、人権に関する研修会、感染症に関する研修会など、主に行政からの情報を得て、遵守すべき法令等の把握とそれらを正しく理解するための取り組みは、現状では不十分である。法人の取り組みに関しては「エリア会議」で情報集できる。 ・職員会議の際には、事例を示して、人権の尊重、虐待の防止、身体拘束の禁止などについて職員が共通認識を持つことができるように周知している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者が遵守すべき法令等は、児童福祉法、児童虐待防止法などの提供サービスに関するものもとより、メンタルヘルスやハラスメントを含めた労務管理に関する法令、建物・設備や災害に備えるための法令など多様であり、法人本部のバックアップを得ながらも、自ら理解を深める努力が求められる。 ・また、それらの法令について、管理者と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必要である。さらなる取り組みを期待する。 	

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持ち、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持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	a
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、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)85.7% b)14.3% 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"> ・管理者は、リーダーとしてのあり方について「職員の個人の経験や年齢差などを受けとめ、まず話を聞くこと、否定しないことを基本にして対応する。そして、自分だったらどうするかを考え、意見交換すること」と語る。 ・管理者は、職員配置や支援方法に関して助言し、人手不足の際は現場に入って支援を担当するとともに、職員と一緒に考え、自らの経験を伝える場もしている。さらに、個別支援計画作成時の会議や終礼で職員の意見を把握している。 ・法人が主催する研修や参加してほしい研修については、職員に個別に声をかけたり、勤務を調整し、研修辺野古参加を勧めるようにしている。 ・職員自己評価の肯定率は高く、特に「管理者は、福祉サービスの質の向上について職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている」については、100.0%の肯定率である。 	

【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)42.9% b)42.9% c)0.0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人事、労務、財務等に関しては主に法人本部が役割を担っているため、管理者はそれらの業務に直接的には関与していないが、月ごとの利用者の動向、ヒヤリハット・事故などを拠点ミーティングで報告して課題の共有に努めている。 ・稼働率の確保を経営の安定化を図ることを重要な課題とし、利用者が参加しやすい条件整備を課題と、職員に提案しながら取り組んでいる。 <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本部が担うしくみであり、ICT化の促進や業務の標準化、サポートセンターによる業務改善なども含めて経営改善に努めている。管理者には、そういった法人としての取組みと役割分担をふまえながら、事業所内においてより適切に業務の実効性を高める取組みの実現に向けて指導力を発揮していくことが求められる。さらなる取組みを期待する。 	

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) 42.9% b) 28.6% c) 14.3% 無回答) 14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として人材の確保と定着を図るために「キャリアパスのしくみ」を整備し、職員のキャリアアップを支援する体制を整えている。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・資格を明示し、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ようとするものである。 ・今年度、法人は職員の確保と育成に一体的に取り組むため、委員会体制を人財定着委員会、人材確保委員会、人材育成委員会に再編し、新たな人材マネジメントのあり方や体制について検討している。 ・人財定着委員会は、嘱託職員の業務の見える化、職員の入退職状況の把握、職務基準書をもとにした各専門職の業務標準化について検討を行っている。 ・人材確保委員会は、採用活動を担当している。具体的にはホームページやSNS(ソーシャル・ネットワーキング・サービス)によるPRや求人情報の掲載、法人説明会(オンライン)、見学会、職員紹介制度の活用などに取り組み、特にインターネットによる採用活動に力を入れている。 ・人材育成委員会は、考課者研修、キャリアパス研修、専門職研修などを行っている。 ・職員の採用や異動は法人全体で行うため、当事業所の管理者が直接的に関わることはないが、就活フェアなどに参加している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として人材の確保と定着に関する体制の整備に努めている。しかし、当事業所に関しては、現状の事業内容を継続するか否か、その方針が見えにくい。従って、職員配置についても同様であり、現状では、専門職(看護師、リハビリテーション職員など)の配置について、その必要性の検討は行っていない。管理者は、人員の不足を課題としている。 	

【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) 71.4% b) 14.3% c) 14.3% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・キャリアアップのしくみの一つとして、業務目標管理評価制度を整備している。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・目標管理評価シート、要素別評価シート、キャリアアップ能力開発目標シートを用いて、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を行うしくみである。 ・これらは「キャリアパス運営手引き」などにまとめて示しているほか、法人のブランドブックには「期待する職員像」を明示し、職員に配布している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価の結果から、キャリアアップのしくみの存在と、管理者による人事考課面接が行われていることについて、職員は理解している。その一方で、例えば「職員が自ら将来の姿を描くことができるような総合的なしくみづくり」に関して、肯定的な回答は低率である。事業所内の工夫に留まらない対策など、さらなる取り組みを期待する。 	

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)42.9% b)42.9% c)0.0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として勤怠管理を電子化し、出勤、退勤、残業申請、残業事後報告などを管理している。管理者は、システム上で職員の労働の状況や有給休暇の取得状況を把握し、嘱託職員からは働きやすい時間帯についての相談を受け、調整に努めている。なお、当事業所では、定時退社の促進、有給休暇の取得の確保に仕組み、残業についてもほとんどない。 ・管理者は、個々の職員との日常的なやりとり、面談の機会、人事考課面接の際などに、それぞれの意向の把握に努めている。また、法人は、ハラスメントに関する相談窓口や法律事務所への公益通報のしくみを設けている。 ・福利厚生制度については、ソウエルクラブ(社会福祉法人福利厚生センター)、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がある。 ・法人は、岡山県福祉・介護人材確保対策推進協議会による「おかやま☆フクシ・カイゴ職場 すまいる宣言」の取り組みに参加し、働きやすい職場環境づくりに積極的であるという基準を満たす事業所として、当事業所などを「宣言事業所」として登録している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として働きやすい職場づくりに取り組んでいるものの、当事業所の職員自己評価では「人材や人員体制に関する不安や働きやすい職場づくり」に関して低率である。その要因の分析を含めて、さらなる取り組みを行うことを期待する。 	

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。	a
	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)71.4% b)28.6% 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「期待する職員像」をブランドブックに明示し、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」に「人材の育成の方針」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)を連動させて、職員一人ひとりの育成のための体制が整備されている。 ・目標管理では、法人が初任者・中堅職員などの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、遂行度や達成度を評価・決定し、4月中旬に各職員に対してフィードバックするしくみである。 	

【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)85.7% b)14.3% 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"> ・法人のキャリアアップのしくみの一つとして「キャリアアップ支援の職員研修体系」を整備し、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るしくみである。 ・OFF-JTは、法人による研修(常勤職員対象の階層別研修、嘱託・中途正規職員対象の研修、災害対策やリスク管理の研修など)、法人が設置している各委員会主導の研修(感染症対応の研修など)、事業所内の研修、外部の研修機関による研修に区分している。 ・法人では、今年度は「支援のあり方ブック」を作成し、法人内の各事業所で行ってきた「自立・尊厳・ハビリテーション」の考え方、発達の道筋などの取り組みをまとめて全職員に配布し、中途採用者対象の研修などで参考にしていく。 ・当事業所内の研修は、職員会議などの機会を活用し、事例検討の機会を調整している。 ・なお、法人として職員研修の体系を整備して取り組んでいるが、さらに事業計画などを活用し、事業所内における研修課題の明確化を図るとともに、計画的な研修の実施に関して明文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。	a
	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)100.0% b)0.0% 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"> ・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。同制度は、日常的にクムパートナーが新任職員に対して社会人および職業人としての指導を行い、また相談に応じるしくみである。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確認するとともに、指導を受けている職員は、2週間ごとに業務に関する所感を「研修ノート」に書き、クムパートナーはそれに対するアドバイスのコメントを記入し、指導を行うことがルールとなっている。 ・法人による階層別研修については、対象者が特定されているので、当事業所ではその対象となる職員を参加させている。また、外部機関による研修については、開催案内を職員に回覧し、希望者を参加させている。当事業所では、法人による階層別・テーマ別研修や組織的なOJTの実施により、非常勤職員を含めて職員一人ひとりの研修機会の確保に努めている。 ・業務に必要な資格取得を奨励し、受験費用や資格更新費用の助成を行っている。 ・管理者は、職員会議で事例検討の機会を設け、職員ごとの個別の課題に準じて研修の機会を持つことを勧めている。職員自己評価では「職員一人ひとりが教育・研修の場に参加できるように配慮している」についての肯定率は100.0%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。		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)57.1% b)42.9% 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"> ・教員を対象とする「介護等体験」の実習生を受け入れている。実習の受け入れ者数は、年間4～5名ほどである。 ・介護福祉士や社会福祉士などの養成課程における実習の受け入れ実績はない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて、法人内の他事業所との協力体制も整えながら、より積極的に実習生の受け入れを行って、これからの福祉人材の育成に寄与していくことが望まれる。 	

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)57.1% b)28.6% c)0.0% 無回答)14.3%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)を開設している。それらは、いずれも法人の広報メディア委員会が運営を担当している。 ・ホームページには、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)、採用情報などを掲載している。そのなかで、各事業所が日常的な様子を発信する方針である。 ・法人の広報誌『くもレだより ふれあい』を年3～4回発行(約1,000部)発行し、利用者、後援会会員などに配布している。 ・2020(令和2)年度から、年度ごとに『くもレポート』を発行して関係機関や利用者家族に配布している。内容として、前年度事業報告、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)、新年度事業計画等を明示している。掲載内容は、写真、数値、イラスト等を多用し、読みやすく、わかりやすくするための工夫に努めている。 ・なお、苦情・相談の体制や内容に関する情報公開については、法人として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"> ・各事業所から発信する「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が、当事業所における取り組みは弱い。今後の検討を期待する。 ・苦情対応等について公開することを検討中であり、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)57.1% b)28.6% c)0.0% 無回答)14.3%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および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。 ・また、内部監査規程や内部管理体制の基本方針を定めている。これらの実務は、法人本部が担っている。 ・法人では、公認会計士に業務を委嘱するとともに、その指導を受けている。 	

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。	b
	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)42.9% b)28.6% c)28.6% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、基本理念や中期経営計画で、誰もがその人らしく生きる地域・社会を目指すことを明確に掲げている。 ・事業所では、地域で実施される勉強会の情報を掲示するとともに、子どもや保護者が利用できそうな行政のイベントや制度について、情報を紹介するようにしている。 ・放課後等デイサービスを利用する子どもたちは、近所の公園に出かけたり、釣り、買い物などのそれぞれの希望する活動に応じて、地域と交流する機会がある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもや家族が利用できそうな行政サービスに関する情報提供に努めているが、幼稚園や保育所等の活動の補助的な利用である場合が多いこともあり、事業所の取り組みは情報提供の範囲にとどまっている。 ・「地域とともに」という法人の理念に則り、子どもと家族が地域との交流を広げるための取り組みについて、さらなる強化を行うことを期待する。 	

【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。	b
	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)71.4% b)14.3% c)14.3% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では地域共生社会づくりの一環として位置づけて、各事業所の取り組みや季節イベントなどのボランティアを常時募集している(ホームページに掲載)。ボランティア活動者には「くもしいいきポイント」を付与し、1年間で貯まったポイント数に応じて、法人内の事業所の製品と交換する取り組みも行っている。 ・法人では、ボランティア受け入れに関する手順書を整備し、受け入れの流れなどを明示している。なお、ボランティアの受け入れにあたっては、個人情報保護に関する誓約書を取り交わしている。当事業所では、中間就労者をボランティアとして受け入れ、現場経験を積むための機会を提供し、支援に協力したことがある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としてボランティアを受け入れる姿勢としくみを整え、当事業所もその受け皿の一つに位置づけられている。 ・しかし、事業所の主体的な取り組みとして、どの程度まで位置づいているのかは明確ではない。事業計画においても「地域共生社会づくりに向けた取り組み」の一つにボランティアの活用を記載している。利用する子どもの生活の充実の観点はもとより、事業所にとってもボランティア活動の充実が重要である。さらなる取り組みを期待する。 	

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。	b
	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)85.7% b)0.0% c)14.3% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の関係機関は、子どもが利用している保育所・幼稚園、小学校、医療機関(かかりつけ医)、相談支援事業所(相談支援専門員)などであり、それらの機関とは個々の子どもの状況に応じて定期的に会議の機会を持ち、話し合いを行っている。そして、職員間では、適宜情報の共有を行っている。また、子どもが利用している保育園などには訪問し、子どもの姿を把握する機会としている。 ・利用は一部にとどまっているが、保護者の了解が得られれば、ケアコラボに関係機関が登録し、子どもに関する情報を共有することができる。 ・中長期計画に「小ざくら第二保育園との交流を行い、利用児の進路の幅を広げたりする」を掲げている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新規利用の子どもが利用している保育所や、同じ法人内の近隣保育所との連携を始めたところであるが、全体的には個々の子どもに応じた関係機関とのかかわりにとどまり、事業所として連携し得る社会資源の明確化や、その連携の強化のような体系的な連携体制の構築という意味では、必ずしも十分な状況ではない。 ・必要な社会資源や連携の強化に関する方針の明確化と、その実践に取り組むことを期待する。 	

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組が行われている。		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。	b
	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)28.6% b)28.6% c)42.9% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取組状況 ・法人では「地域社会への貢献」を基本方針の一つとし、地域共生社会づくりと軌を一にする方針として位置づけて、今期の「中期経営計画2025」に「公益的な取組・防災対応の推進」を掲げている。 ・法人では、公益的な事業を行う地域交流拠点を2拠点から5拠点へと再編した。地域交流拠点の一つである「にじいろひろば」の活動には、利用者の参加はないが、職員が参加して、活動の補助を行っている。</p> <p>■ 改善課題 ・当事業所では、事業計画に「地域共生社会づくりに向けた取組」を位置づけ、地域の関係機関との連携、実習生・ボランティアとの連携、きらりの利用終了児が交流する機会を設ける機会づくりなどを掲げている。確実な取組を期待する。</p>	

【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。	C
	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)14.3% b)42.9% c)42.9% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取組状況 ・法人の方針として、地域における公益的な事業活動に取り組んでいるため、他のエリアでの取組はある。 ・当事業所が所属する「エリア」としての取組、また当事業所としての取組は現状ではないが、中長期計画および事業所のありたい姿として、地域の多様な福祉ニーズへの取組と、そのための連携強化、ネットワークづくりを掲げている。今後の取組に期待する。</p>	

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(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。	b
	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)71.4% b)14.3% c)0.0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、理念研修を職員の入職時に実施し、職務遂行要領書、クムシート、職務基準チェックシート等を参考に「ともに育ち ともに生きる」を伝えている。「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対象に実施し、利用者尊重の姿勢を保つための取り組みが行われている。 ・厚生労働省の「児童発達支援ガイドライン」を用いて、全職員対象の「子どもの権利」「虐待対応」「子どもの理解と対応」についての研修を実施している。なお、全職員が参加できるように、何日かに分けて研修を行い、それでも事業所の事情により研修に参加できない場合は、動画配信を利用している。 ・事業所内研修や法人内研修はもちろん、職員会議の際にも、職員の行動指針である「クムレ10の心得」を唱和している。 ・当法人の水島拠点で独自に行っている「新人勉強会」に参加している。入職1年目と希望者を対象に、2年目の職員が講師を務める。テーマは「子どもの発達」「太田ステージ評価」等である。参加者には資料を事前に配布し、目を通してもらった上で実施している。講師が実践に活かしたことなども、一緒に伝えている。研修後は、参加してどう感じたか、今後の現場支援でどのように生かしていきたいかなどを聞き、共有している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では「倫理綱領や規定等を策定し、職員が理解し、実践するための取り組み」について肯定率が低い。自由意見においても「具体的な取り組みの周知について、嘱託職員にまで届いていないように思われる」とのコメントがある。 ・全職員を対象に、利用者の尊重について共通の理解を持つためのさらなる取り組みに期待する。 	

【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。	a
	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)85.7% b)0.0% c)0.0% 無回答)14.3%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定を定め、法人ホームページ、当事業所の重要事項説明書で丁寧に説明している。保護者との情報共有のためのインターネット情報システム「ケアコラボ」を導入したため、写真や動画の情報保護についても徹底を期している。 ・職務遂行要領書には、排泄や着替えの項目における具体的な支援方法として、配慮事項やプライバシーに関する留意点が記載されている。 ・保護者からの相談に面会して対応する場合は、外部から遮断された相談室を使用し、プライバシー保護に配慮している。 ・玄関からは見えないように衝立を利用して、一人ひとりの利用者のプライバシーが守れるように配慮している。 ・おむつ交換や着替えの際は、利用者のプライバシーを守るために、風呂の浴槽の蓋をパーテーション代わりにするなど工夫している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の個別支援計画のファイルは療育の部屋の棚の上に置かれているため、誰でもファイルを手に取って、見ることができてしまう状態にある。そこに置いている理由は「非常勤職員と情報共有するため」ということであるが、利用者のプライバシー保護のために、より細部にまで配慮することが望ましい。 ・職員自己評価の自由意見に「利用者のプライバシー保護について、ふさわしい環境や設備等についての基準を勉強していない」というものがある。全職員において理解を図るためのさらなる取り組みを行うように期待する。 	

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) 100.0% b) 0.0% 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"> ・法人ホームページ、広報誌、クムレレポート、リーフレットなどで、当事業所についての情報を発信している。市のホームページの「児童発達支援センター一覧」でも情報を提供している。 ・総合療育相談センター「ゆめばる」に当事業所のリーフレットを置き、利用希望者が手に取れるようにしている。 ・リーフレットは、当事業所独自に作成され、発達支援や活動の様子などのほか、利用開始までの流れが掲載されている。それらの内容は、写真やイラスト入りでわかりやすく伝えられている。 ・見学時はリーフレットを使用し、児童発達支援管理責任者(児発管)が支援内容や職員配置などについて説明し、保護者からの質問などにも丁寧に答えられるように時間をとっている。 ・見学希望には、随時対応しているが「今後は、体験入所や一日利用などの希望があれば応じたい」としている。 ・利用希望者に対する情報提供については、制度や体制が変わったときには随時見直しを行っている。 	

【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。	b
	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) 100.0% b) 0.0% 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"> ・サービスの開始・変更にあたっては「利用契約書・重要事項説明書」「個人情報同意書」などを使い、当事業所の取り組みを保護者に丁寧に説明している。また、保護者からの質問を受けて、説明した内容の理解についても確認している。 ・まず、契約に必要な資料である「基本情報」「かかりつけ医・既往歴・予防接種確認書」「おやつ提供についてのお願ひ」「てんかん・アレルギー情報」「緊急時の連絡」などの文書を郵送し、事前に保護者に記入してもらい、それを持参してもらって契約している。 ・入園後の1か月間をアセスメントの時期とし、職員と一緒に確認しながら「利用者の要望書」「本人の情報共有シート」に記入してもらう。その後は「アセスメントシート」「倉敷市のアセスメントシート」を参考に「課題の整理表」(個別支援計画原案)を作成し、子ども(利用児)・保護者からの同意を得て、個別支援計画を作成している。「課題の整理表」では、子どもへの支援項目を発達・家庭・地域生活の3つに分け、それぞれについての意向の把握、初期の状態の把握を行い、解決すべき課題(短期目標)を記入して、最後に長期目標を策定している。 ・継続の利用者にも「重要事項説明書」の変更点にはマーカーを引き、利用者や家族が理解しやすいよう工夫して渡している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用開始にあたって、現在は重要事項説明書を使って説明しているが、さらに利用者にとって必要な情報がわかりやすく得られるようにするために、例えば「利用の案内」などを作成し、配布するなどの工夫に期待する。そのような案内があれば、それを自宅に持ち帰り、何度でも確認することができる。 ・職員自己評価では、下位項目の肯定率が低い。意思決定が困難な利用者に対する配慮について、ルール化がされていない。職員の誰もが利用者に対してわかりやすい説明ができるようになることが望まれる。 	

【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)85.7% b)0.0% c)0.0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他の事業所への移行や就学など際の引き継ぎについては、その手順を「職務遂行要領書」によって明確にしている。 ・保護者からの依頼を受け、日頃の子どもの様子、個別支援計画、保護者からの聞き取りなどの情報に基づいて子どもの全体像、課題、配慮点などをまとめて「引き継ぎ文書」を作成し、移行を実施する。 ・就学に関しては6～7月に、就学を控えた利用者の保護者向けに個人面談を実施し、どういふ就学先があるのかなどについて資料を使いながら説明している。就学前健診と就学先が決まったとき、再度面談を行う。就学先には、訪問を行うなどして、実際の状況を話しながら引き継ぎ文書を渡している。 ・事業所の利用終了後も相談に応じる旨を伝え、また「いつでも遊びに来るように」と伝えている。そのことは『きらり通信』にも記載している。 ・コロナ禍で中断していた「親の会」を再開したため、中断していた期間のことも含めて、子どもや保護者の困りごとを把握することが少しずつできるようになり、子どもと保護者からの継続的な相談に応じられるようになっている。 ・就学後も、いきいきボランティアに登録し、夏祭りやクリスマス会のボランティアに参加する終了児も多い。 ・放課後等デイサービスにより、学校への行き渋りをする子ども、不登校の子どもなど、学校生活に適応しにくい小学生の支援を行っている。また、子どもの意見を聞く場や子どもの居場所ともなっている。 	

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) 利用者満足把握する仕組みを整備し、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。	b
	b) 利用者満足把握する仕組みを整備し、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) 利用者満足把握する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)85.7% b)14.3% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>利用者満足に関する調査として、年1回「児童発達支援ガイドライン」に基づく事業所評価のアンケートを実施している。「保護者等からの事業所評価」によって保護者満足度調査を行い、その結果を集計し、ホームページで公開している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アンケートで寄せられた保護者からの意見については、管理者・児童発達支援管理者が分析・検討し、今後の事業所の取り組みについて記載している。 ・利用者満足把握する機会としての利用者会や家族会などは開催していないが、個別支援計画書を更新するタイミングで全利用者を対象に個別懇談を行い、支援や事業所に対する意見や要望等を確認している。 ・前年度のアンケートによって抽出された課題は、例えば「防災訓練を実施しているかどうかかわからない」という声に対して、毎月配布している『きらり通信』に防災訓練の実施日、ねらい等を記載するようにするなど、今年度における取り組みに活かしている。 ・アンケートの結果のまとめは、玄関にも置いて、保護者がいつでも自由に閲覧できるようにしている。今後も、それを事業計画に反映させ、利用者サービスの改善につなげていく予定である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所に対する利用者満足度を把握し、それをサービスの改善につなげていくくみはある。 ・しかし、利用者満足度の上昇のための意見等を把握するための利用者懇談会、家族会ではなく、利用者参画のもとでの検討会議の設置もない。改めて、家族同士が学び合うことのできる場を設けるとともに、家族の意見を把握していくための方法を検討することに期待する。 	

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)85.7% b)14.3% 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"> ・苦情の受付については、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」で説明している。 ・事業所の玄関に、利用者や家族が苦情の申し出をしやすいように、ご意見箱を設置しているが、使われたことはない。 ・苦情や相談内容については、終礼や職員会議で話し合いを行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の体制については、重要事項説明書に記載があるものの、利用者に対して掲示による周知はしていない。苦情解決のしくみについても、わかりやすく説明した掲示物を作成することが望ましい。 ・意見箱の設置はあるが、苦情記入カードを配布するなど、利用者や家族が苦情の申し出をしやすいようにする工夫が望まれる。 ・利用者・保護者から「個別支援計画の内容を考え直してほしい」とケアコラボにコメントがあり、対応に応じると口頭で伝えるとともに、記録に残しているものの、苦情内容および解決の結果等は公表されていない。苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で公表することを望む。 ・社会福祉法人には、事業運営の透明性の高さが求められ、その一環として「苦情の公表」が義務づけられている。事業報告書、広報誌等への苦情解決結果の公表について検討することを期待する。 <p>・本評価細目では、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。</p>	

【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、そのことを利用者伝えるための取組が行われている。	b
	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)100.0% b)0.0% 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"> ・相談や意見を述べることができる窓口は、重要事項説明書に掲載し、入園時に説明している。 ・連絡帳、電話、ケアコラボ、送迎時の保護者との会話などを通じて、またそれぞれのなかから保護者が使いやすいツールを選び、相談・意見を受けられるようにしている。 ・ケアコラボの導入によって、利用者がコメントなどをいつでも記入できるようになり、相談・意見を受けるためのツールの幅が広がった。しかし、ケアコラボの利用率については、今年度はやっと80%に届いたところである。 ・『きらり通信』の内容をケアコラボ内に発信するとともに、紙にプリントアウトして利用者全員に渡し、周知徹底を図っている。なお、ケアコラボへの入り方については、迎えのとき、個別に確認することがある。 ・利用者・保護者から「個別支援計画の内容を考え直してほしい」とケアコラボを通じてコメントがあり、事業所として対応するとともに、記録に残している。 ・面談して相談に対応するときには、外部から遮断され、意見を述べやすいように相談室を2階に設置している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書には「苦情の受付について」の一環として「当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談(お客様相談係)」で、苦情受付窓口、苦情解決責任者について記載しているが、本評価基準では「利用者が相談したり、意見を述べたりする際に複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成していること」および「利用開始時に説明を行うだけでなく、日常的に相談窓口を明確にした上で、その内容をわかりやすい場所に掲示すること」が求められている。 ・相談を受けるしくみをわかりやすく掲示するなど、利用者が相談や意見を述べやすい環境づくりを行うことが必要であり、より一層の取り組みに期待する。 	

【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)100.0% b)0.0% 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"> ・登降園時のやりとり、電話、個別懇談の実施、連絡帳やケアラボの活用など、さまざまな場面で保護者からの相談に応じ、意見・要望等を受け付けられるように心がけている。そのため、常に保護者が話しやすい雰囲気づくりに努めている。 ・玄関に意見箱を設置している。さらに「児童発達支援ガイドライン」に基づく事業所評価の「保護者向けアンケート」を年1回実施している。 ・相談や意見の内容や対応は、ケアラボに書き込むとともに、必要に応じて職員会議、昼礼、終礼で報告・共有し、当日あるいは次の日までは全職員に周知して、迅速な対応と苦情等の再発防止に努めている。 ・保護者が意見を言いやすい環境づくりに努めるとともに、相談を受けた際は、迅速な対応ができるよう取り組んでいる。 ・利用者調査では「当事業所で最もよいと思う点は、連絡帳に『家庭より』『園より』『きらりより』という記入欄があることで、その三者に連携があり、情報共有できているので、とても助かっている」との声がある。 	

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。	a
	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)71.4% b)14.3% c)0.0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安心・安全な福祉サービスを提供するための体制として、法人のリスクマネジメント委員会がある。この委員会では各事業所のヒヤリハットや事故の報告の集計を行い、傾向を分析し、各事業所に対して注意喚起を行っている。なお、委員会の会議録は、パソコンの共有ツールで共有している。 ・当事業所では、ヒヤリハットは終礼で共有し、要因分析を行い、対策を立てている。そして、職員会議で1カ月の状況について確認している。また、リスクマネジメントの強化月間を設け、小さな危険を見逃さず報告すること、数カ月前のヒヤリハット対策の結果の振り返りを行うことに取り組んでいる。これらの取り組みにより、毎月の職員会議でも、ヒヤリハットの経過確認を職員が行うようになった。なお、ヒヤリハットには、おもちゃの破損、連絡帳の入れ間違い、子ども同士がぶつかる等がある。 ・また、拠点の研修では、不審者対応や危険予知訓練(KYT研修)に取り組んでいる。 ・当事業所は2階建てであり、2階でプログラムを実施しているときは、不審者の侵入を防ぐために、子どもの出入りがない時間帯には玄関に鍵をかけ、防犯カメラも設置している。 ・緊急時の対応はフロー図にして職員室に掲示し、皆がいつでも確認できるようにしている。 	

【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)71.4% b)28.6% 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"> ・感染症については、法人の看護師連絡会が中心になって取り組む体制である。法人の感染症マニュアル、感染症BCPなどが整備されている。 ・吐物処理や新型コロナウイルス感染症対策の研修には、非常勤職員も含めて、全職員が参加している。 ・新型コロナウイルス感染症の発生時には、法人の新型コロナウイルス感染症対策委員会の指導のもと、迅速に対応することができた。法人の看護師連絡会や感染症対策委員会の体制のもとに、各種の感染症対策が行われている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の感染症BCPや感染症マニュアルの内容を受けた事業所独自のマニュアルは未整備であり、口頭で確認するにとどまっている。 ・また、保護者に対して事業所の取り組みや注意喚起を伝えるツールは『きらり通信』のみであり、十分とは言えない。検討を期待する。 	

【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)85.7% b)14.3% c)0.0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の防災委員会が災害についての対策を担当している。法人として災害BCPを作成し、事業所ごとに運用できるように具体化している。当事業所におけるリスクの第1位は火事、地震である。建物が古く、万一の場合は倒壊の恐れもあるため、避難訓練時にはそれらについても十分に意識して毎月取り組んでいる。 ・災害時の緊急メールの送受信訓練を年3回、保護者も含めて実施している。管理者不在の場合でも対応できるように、他の職員も配信の訓練を行っている。 ・年1回、消防署に来てもらい、消火器の使用方法等についての訓練を行っている。 ・災害時の持ち出し袋を常備している。また飲料水や食料などの備蓄、持ち出し情報セットを準備している。備蓄の食料は、非常食に慣れることを目的に、避難訓練の日の「おやつ」として提供している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非常持ち出し袋は、急な階段の上にある2階のスタッフスペースに置かれている。非常時に動きやすい設置場所か、職員の安全確保の視点からの見直しを期待する。また、町会活動が活発ではない地域で、事業所として地域住民とのつながりが希薄であるため、災害時に協力依頼ができる関係ではない。防災の視点から地域との関係づくりを進めるよう期待する。 ・BCP作成については、法人として見直し中とのことであり、その成果と職員への周知を期待する。 	

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)85.7% b)0.0% c)0.0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> マニュアルとして作成されているものは、感染症、虐待防止、苦情対応等に関するマニュアルや身体拘束ガイドラインであり、制度上で作成が必要とされる項目である。さらに支援に関する標準化が必要な項目は「職務遂行要領書」としてまとめている。職員としての心得と基本業務、発達支援、家庭支援、他の機関との連携、環境整備等の10項目を取り上げている。 「職務遂行要領書」の記載内容は、業務の手順のみでなく、安心や安全の視点、発達支援の視点、プライバシーへの配慮の視点で留意事項が記載されている。 「職務遂行要領書」は入職時に配布され、職員面談の際には自分の業務を振り返り、目標を立てるために活用している。しかし、改訂版ではない旧版の要領書を持っている職員もいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 「職務遂行要領書」は、職員が共通した支援を行うために必要なものである。改訂された場合は、即時共有し、確認する必要がある。 また、事業所に必要な事項については、事業所独自に作成する必要もある。取り組みを期待する。 	

【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)57.1% b)42.9% 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"> 支援内容に関しては、朝夕のミーティング、個別支援計画の見直し等、日常的に話し合う機会があり、常に改善に取り組んでいる。 毎年「児童発達支援ガイドライン」に基づいた事業所における自己評価と保護者評価を行い、そこで出された意見は支援内容や業務の見直しに活用している。 支援のマニュアルである「職務遂行要領書」については、2021(令和3)年度に法人内の児童発達支援関連事業所の管理者が集まり、全体的な見直しを行っている。さらなる見直しについては、その実施時期と担当者が不明確である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人で作成した各種マニュアル、「職務遂行要領書」について事業所独自に見直し、意見を反映させていく取り組みが不十分である。改善の取り組みを期待する。 	

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)100.0% b)0.0% 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"> 生活、運動、遊び、コミュニケーション、対人・感情理解等の11項目の「アセスメントシート」を活用し、全員のアセスメントを行っている。 保護者要望書に基づいて保護者面談を行い、その意向を確認し、アセスメントシートと照らして「課題の整理表」によって取り組むべきニーズを抽出し、個別支援計画を作成している。 利用開始時は暫定の個別支援計画を作成し、アセスメント期間として1カ月を考慮し、子どもの様子を十分観察した上で、より適切な個別支援計画を作成している。 個別支援計画の原案は、担当者の意見を聞きながら児童発達支援管理責任者が作成し、正規職員によるプラン会議で検討した上で、保護者に提案している。 必要に応じて、主治医や通院先のリハビリテーション職員から助言を得ている。 なお、プラン会議は正規職員のみで行い、非常勤職員の意見を求める場がない。また、法人内専門職の活用がほとんどない。より多くの視点から子どもの状況を見ていくことで、アセスメントの精度が向上する。検討を期待する。 	

【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)100.0% b)0.0% 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"> 個別支援計画は半年ごとに見直している。 個別面談月間を設け、保護者と子どもの状態を共有し、要望を確認している。子どもの様子は、日々の連絡帳で、画像も活用しながら保護者と共有しているが、改めて事業所が捉える子どもの姿について保護者の意見を確認している。また、保護者からの要望書についても、前期の要望書を見ながら、現時点の保護者の意見を確認していく。 その後、児童発達支援管理責任者は課題の整理を、担当職員はアセスメントの見直しを行い、プラン会議で個別支援計画を見直している。 個別支援計画は、保護者から変更の希望があったときや、半年を待たずに目標達成ができたとき、子どもの状態に変化があったときには、随時見直しをすることとしている。 	

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)100.0% b)0.0% 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"> ・個別の記録には「ケアコラボ」を活用している。個別支援計画の項目に沿って取り組み内容や子どもの様子を写真、動画、文章で記録している。写真や動画を随時掲載できるため、子どもの状況を具体的に共有できるようになった。 ・ケアコラボを使用する際のIDは正規職員のみが持つるので、入力も正規職員が行っている。紙ベースの連絡帳もあるので、そちらは非常勤職員も記入している。 ・記録内容は、当初は管理者が確認していたが、現在は入力する担当者と印刷する担当者を決めて、職員2名の目で見確認を行っている。 ・保護者のケアコラボ導入率は8割で、2割は印刷物である。 ・パソコンの台数に限りがあること、同時入力によるトラブルの発生が多いことなどから、ケアコラボの導入による効率化は図れなかった。記録の際に声をかけ合うなどの工夫をしている。 ・朝礼、終礼では、口頭でも共有を行っている。参加できない職員のために終礼の記録を画面で表示しておき、見てもらうようにしている。 ・業務に関する情報は、情報共有グループウェア「WaWaOffice」を用いて、職種に応じて確認している。 	

【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。	b
	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)100.0% b)0.0% 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"> ・利用者に関する記録は、法人の個人情報保護管理規定に基づき、保管、保存、管理、情報の提供が行われている。 ・インターネットを使って個人情報を保護者や関係機関と共有しているため、法人のICT委員会が中心となり、適切に管理できるように努めている。紙ベースの記録類は鍵付きロッカーに収納している。 ・法人のリスク管理の研修で個人情報保護について研修を行っている。 ・保護者に対しては、契約時に重要事項説明書で個人情報の取り扱いについて説明した上で「情報提供・開示に関する同意書」「写真の取扱いについて」の文書で同意を得ている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・インターネットを介した記録については、非常勤職員が閲覧や記入ができない状況である。その状況をカバーするために、記録の画面を表示したままにする、個別支援計画のファイルを誰でも手に取りやすい場所に設置している等のことが発生している。個人情報保護の視点から、記録の共有や管理について検討することを期待する。 	

●内容評価基準

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) 71.4% b) 14.3% c) 0.0% 無回答) 14.3%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ている支援観である「自立、尊厳、ハビリテーション」を、全職員対象の毎年の人権研修や新任職員研修の場で確認している。 ・その日に行う活動や使うおもちゃ等について子どもが自分の意見を述べ、選択できる場面をつくり、子ども本人が自己決定することができるように支援に取り組んでいる。 ・保護者の要望を確認して、個別支援計画を作成している。 ・その日のスケジュールを写真やイラストでわかりやすく視覚化したり、おもちゃ・掲示物などは必要最小限に控えて子どもの目に入る刺激を減らすなどの工夫を行い、個々の子どもの状況に応じた必要な配慮を行うようにしている。 ・配慮の必要性や方法については、子どもの所属園や小学校などとも共有し、それぞれの生活場面においても必要な配慮が行われるように取り組んでいる。 	

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) 100.0% b) 0.0% 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"> ・法人の人権倫理委員会が虐待防止委員会と身体拘束適正化委員会を兼ね、権利擁護の取り組みを進めている。全職員対象の人権研修を実施し、その際には虐待防止チェックリストで職員自身の関わりを振り返る機会を持てるようにしている。 ・虐待防止の対応マニュアルはファイリングされ、職員はスタッフルームでその内容を見られるようにしている。また、人権委員会が作成したポスターを、職員が行き来する廊下に掲示している。 ・子どもに対する不適切な関わり等がなかったかについては、終礼で職員相互に確認している。例えば「子どもが泣いて、うまく動いてくれない」というある職員の捉え方について、他の職員が「泣くことはいけないことなのか」「気持ちを表現しているのではないか」「次どうするかと、子どもと一緒に考えられる機会ではないか」などと話し合い、子どもの行動の意味や場面を、成長のプロセスのなかで職員が考えていけるように取り組んでいる。 ・送迎時のシートベルトも、子ども自身にしてもらうように配慮するなど、身体拘束に関連するような場面はほとんどないと捉えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日頃の支援の振り返りと、権利擁護の取り組みとをつなげて考えていくことは難しい。子どもの理解や職員同士の関係性、職場の環境等が、不適切なケア、ひいては虐待につながっていくことを事例から学び、日頃の支援を振り返ることができるように取り組むことを期待する。 	

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) 71.4% b) 28.6% 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"> ・法人の支援の考え方である「自立、尊厳、ハビリテーション」に基づく支援の提供に努めている。 ・個別面談や所属園の訪問等から事業所以外の場所での子どもの姿も捉えながら、自立に向けた支援を行っている。また、支援がなくとも子どもが自分の力を発揮できるようになることを意識して支援に取り組んでいる。 ・保護者に対しても、子どもの自立に向けた家庭での関わりや周囲との関係調整ができるように支援している。 ・就学に向けて、鞆の荷物の出し入れや机の中の教材を出し入れすることなど、学校生活をイメージできる支援に取り組んでいる。 ・就学後の療育や学びの場については、放課後等デイサービスなど、利用可能な地域資源の情報を保護者に対して提供している。 ・子どもの発達について法人でまとめた「小ざくら保育のみちすじ」や厚生労働省の示す「児童発達支援ガイドライン」、太田ステージ評価などの発達の指標に基づいて、自立に向けた支援に取り組んでいる。 	

【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) 100.0% b) 00.0% c) 00.0% 無回答) 00.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どものコミュニケーションの状況は、受容、表出、理解、記憶、対人理解の側面からアセスメントし、太田ステージの評価も参考にアセスメントシートに記載している。 ・アセスメントに基づいて、実物、イラスト、トランジションカード、要求カード、アイコンタクト、ジェスチャー、単語、文の長さなどを、子どもの状況に応じて工夫している。その方法は、終礼や職員会議の場で、職員間で共有している。 ・ただし、それらの方法は固定的に継続させるものではなく、子どもの発達状況に応じて変化させていくものとして支援を行い、コミュニケーションの能力の向上を目指している。 ・また、2歳児でも、タブレット型コンピュータ(iPad)などを使いこなす子どもも多くいるので、子どもの日頃の様子からそれぞれのコミュニケーション手段を学ぶようしている。 	

【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) 85.7% b) 14.3% 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"> ・遊びの時間に、子どもが話しやすい雰囲気づくりを心がけている。 ・プログラムに参加したくないという場合には、職員はそのときの子どもの気持ちを聞き取り、本人の気持ちを尊重している。 ・不登校児支援の放課後等デイサービスを実施しているが、利用する子どもは学校についての悩みを抱えているので、相談できる場、愚痴が言える場として、子どもの話を聴く姿勢を職員は大切にしている。管理者は精神保健福祉士であり、相談を受ける際の姿勢を職員間で共有している。 ・保護者からの相談は、送迎時の引き継ぎの際や個別懇談等で随時受けている。 ・子どもや保護者からの相談や意向は終礼や職員会議で共有し、対応を検討している。内容に応じて、個別支援計画に反映させている。 		

【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) 85.7% b) 14.3% 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"> ・集団プログラムについては、その日の担当職員が、子どもの顔触れを見てプログラムを決めている。太田ステージ評価のステージごとのプログラムファイルである「活動計画書」を参考にする場合もあるが、多くはインターネットで検索し、決定している。 ・個別の課題は、SST(ソーシャル・スキル・トレーニング)、塗り絵、ハサミなどに分類して、それらの教材をファイリングしているなかから選んだり、インターネットで情報収集したりしている。個別の課題は、担当が個別支援計画に基づいて活動プログラムを決めている。 ・夏祭り、ハロウィン、クリスマスなどの季節のレクリエーションを取り入れ、子どもが楽しめるようにしている。保護者の特技を生かしてもらえるように、活動への協力を依頼することもある。 ・保護者が自力で送迎することが難しい場合には送迎支援も行って、利用しやすい環境づくりに努めている。 	

【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) 100.0% b) 0.0% 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"> ・法人の児童関連の事業所で、子どもの発達、障害特性、発達検査などについて学んでいる。「0～2歳児の発達」「3～5歳児の発達」「自閉症スペクトラム」などの学習テーマで、2年目の職員が新人勉強会の運営を担当し、自らも学びながら研修を進めている。 ・近隣にある幼児教育専門の大学が行っている研修にも積極的に参加している。 ・日々の昼礼・終礼の振り返りでは、職員間で意見交換を行い、子どもの状況を共有して、理解と対応の工夫などについて、深めていくことができるようにしている。 ・利用者調査の関連項目を見ると、職員の専門性に関する肯定率は高い。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対応が困難な子どもの在籍が少ないため、専門職の活用も少ない状況である。しかし、どのような子どもでも受け入れられるように、法人内の専門職も活用した支援のしくみを構築できるように検討することを期待する。 	

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) 71.4% b) 28.6% 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"> ・当事業所の特長は、基本的には給食の提供はなく、2～4歳児は午前コース、5～6歳児は午後コースで活動していることである。 ・偏食、箸で食べられないなど、食事に関する悩みや食事に課題がある場合は、弁当や配食サービスを利用し、課題に対応している。 ・午前・午後コースとも、おやつ提供は行っている。昼食やおやつを食べる際には、子どもが衛生面のことや生活習慣を学ぶ機会でもありと捉え、食べる動作だけでなく、友だちを待つこと、「いただきます」と挨拶することのほか、食べるための「準備当番」などにも取り組んでいる。 ・食物アレルギーへの対応については、利用開始時に保護者に対して「アレルギー承諾書」の提出を依頼するとともに、保護者に「おやつ提供に関して」という書類の説明も行い、承諾を得て支援している。 ・保護者から提出された「アレルギー承諾書」の内容を参考に、職員はアレルギー確認票を作成し、おやつ準備時・提供時にすぐ確認できる場所に掲示している。 ・当事業所では、入浴支援は行っていないが、入浴やシャンプーを嫌がる子どもについての保護者からの相談には応じている。 ・排泄支援では、まずは職員は、個々の子どもの排泄間隔、予告・後告の状態、トイレに長時間にわたって座れるか、おむつか布パンツかなどを観察する。また、家庭での排泄経験とその状況についても把握し、その後、子ども一人ひとりに「排泄のねらい」を設定して、それに応じて予告を待つか、職員が定時排泄に誘うかを決めるなど、子ども(利用者)の状況に応じた排泄支援に努めている。排泄支援は、子どもが「できた」という達成感や自己肯定感を味わえるように、スモールステップで取り組んでいる。 ・靴の脱ぎ履きについては、かかと部分を引っ張って脱ぎ履きができない子どもについては、保護者に対して運動靴のかかかとに紐をつけるようにアドバイスを行うなどしている。そのように、職員は日常的な生活のなかで子どもへの支援を行っている。 ・移動の支援については、利用者の希望に応じて公用車を用いている。それによって、現在は8名の子ども送迎を行っている。 	

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。	b
	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) 57.1% b) 42.9% 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"> ・職員自己評価で「明るい雰囲気を保つように心がけてはいるが、建物の構造上、難しさがある」という職員からのコメントがあった。現状では、建物内には「温度・湿度計」を備え、適切な室温・湿度と照明の明るさを保っている。プレイエリアは、利用者が思い思いに過ごせるように衝立(ブックスタンドで固定)で部屋を仕切り、事故に至ることのないように配慮して、剝がれた床のタイルも定期的に見直し・点検を行って、子どもがつかまつかないように修理を行うなど配慮している。 ・室内には、子どもの状況や季節に応じたおもちゃ、絵本を整え、子どもがそれらを選択できるようにするなど、子どもの発達段階に応じた療育活動を実施している。また、机を挟んで友だちと向かい合って座り、すごろく、トランプなどのゲームを楽しめるようにし、子ども一人であつても壁に向かって集中してパズルや本を読むなどして遊ぶことができるよう工夫されている。 ・子どもの生活リズムに合わせて「遊びの支援」「おべんきょう・運動遊び」「あつまり」「昼食・おやつ」の時間と生活環境を整え、子どもの快適性と安心・安全を確保するための工夫をしている。 ・子どもの特性(自閉症スペクトラムなど)により、他の利用者に影響を及ぼすような場合は、職員がカムダウンコーナー(気持ちを落ち着かせる場所)に誘って、子どもが集中して取り組めるよう配慮している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、建物に関する複数の課題が提示されている。特に、建物の老朽化が進んでいること、2階への階段が急過ぎること、トイレが子ども向きではないことなどが指摘されている。 ・現状は、職員はいろいろ工夫しながら療育活動を行っているが「環境づくりが難しい」としている。 ・利用者調査でも、保護者から子どもの環境面に関する不安が寄せられているので、事業所全体で取り組むことに期待する。 	

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。	b
	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) 85.7% b) 0.0% c) 0.0% 無回答) 14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・言語聴覚士や作業療法士による訓練を受けるために通っている子どもについては、通院先の専門職の意見を参考にして、個別の課題や集団活動のプログラムを検討している。生活動作や遊びのなかで取り組めるように配慮している。 ・当事業所には専門職がないため、ことばの訓練など専門的な関わりについての相談が保護者からあった場合には、地域のクリニックや療育の専門機関を紹介している。</p> <p>■ 改善課題 ・法人内には、作業療法士、言語聴覚士、心理職員が存在している。現在、当事業所内には特別に専門的な支援を必要としている子どもがいないため、法人内の専門職の活用も行われていないが、専門職の視点が支援に加わることで、職員の視野が広がり、受け入れられる子ども像も広がる場合もある。 ・専門職の活用について、今後の検討を期待する。</p>	

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) 85.7% b) 0.0% c) 14.3% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・登園時には、職員は保護者から「子どもの家庭での様子」や「子どもに変わりがないか」を必ず確認し、子どもの健康状態の把握に努めている。また、他の事業所から支援を引き継ぐときには(保育園へのお迎え等)、ケアコラボのバイタルサイン測定値の画面を確認するとともに、さらに口頭でも確認をしている。 ・健康や医療に関する情報の把握にあたっては、かかりつけ医の「情報提供書」を利用開始時に保護者から提出してもらっている。 ・看護師は常駐していないが、子ども(利用者)の体調変化等に迅速な対応ができるように心がけ、緊急時の対応マニュアル、事故対応マニュアル、事故発生時の対応などを整備している。同じ法人内の他事業所の看護師とも、すぐ連絡が取れる体制である。 ・日中に子どもの体調が悪くなった場合は保護者に連絡し、かかりつけ医や近隣病院などへの対応について決定している。緊急時には、職員が子どもに付き添って受診する。 ・利用者の健康維持・増進のための工夫に関しては、法人の看護師連絡会が発行する『ほけん便り』の内容をを、ケアコラボを活用して月1回、発信している。『ほけん便り』は紙ベースでも配布し、確実に保護者に対して健康管理に関する情報を伝えている。 ・子どもの健康管理面について学ぶ職員研修については、法人の看護師連絡会が職員に対して「感染症対策」「アレルギー対応」「吐物処理」などの学習テーマで実技指導などの研修も含めて実施している。</p>	

【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。	
	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>■ 非該当 ※原則として、服薬管理を含めて医療的支援は行われていない。 したがって、岡山県保健福祉部障害福祉課による本評価基準に基づき「非該当」である。</p>	

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。	a
	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) 42.9% b) 42.9% c) 0.0% 無回答) 14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域のスーパーマーケットで買い物し、その際に物を選ぶ、料金を支払う、袋をもらうなどの経験を子どもにってもらうようにしている。また、地域の図書館で本を借りるなど、子どもが社会経験の幅を広げられるように取り組んでいる。 ・子どもの関心に基づいて、地域の資源も活用しながら、社会経験の幅を広げられるように取り組んでいる。その一例として「釣りがしたい」という子どもの希望を把握し、他児の保護者などの協力も得て、家族以外の大人と子どもが関わったり、釣り具の専門店で購入したりして社会とつながり、経験の幅を広げた事例があった。 ・保護者からの学習の希望への対応では、文字につながるボタン・はさみ・箸などの手先を使った生活動作の意味を保護者と共有したり、プリント、なぞり書きなどの個別の課題を取り入れている。 ・地域の塾や習いごとなどの情報については、事業所として把握できた範囲で保護者に情報提供している。 ・なお、本評価項目については、職員自己評価の肯定率が低い。現在実施している取り組みについての意味づけを行い、さらに意識的に支援に取り組んでいくことを期待する。 	

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) 71.4% b) 14.3% c) 0.0% 無回答) 14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの就学に向けて、例年5月と11月に個別の就学前相談を実施している。この就学前相談に向けて、就学までの流れについて確認する職員研修を行い、職員一人ひとりが保護者からの相談に対して適切に応じられるように取り組んでいる。また、面談室には「放課後等デイサービス」の事業所ファイルを置き、保護者が閲覧できるようにしている。 ・就学後は、必要に応じて「幼保小連携会議」に参加するなど相互に連携して子どもへの支援を行うが、ほとんどの子どもが普通学級に就学し、適応している。 ・所属園は18カ所、小学校は4カ所と連携している。半年ごとの所属園訪問では、当事業所からは管理者と担当職員が子どもの所属園を訪問し、そこでの子どもの様子等を見学する。見学し、所属園の職員から日頃の子どもの様子などを確認することで、新たな課題がわかっていくことがあるので、そのような場合は持ち帰り、当事業所での次の取り組みにつなげている。 ・放課後等デイサービスについては、不登校の状況にある子どもが対象であるため、学校での様子を見学することは難しいが、担当教員やスクールソーシャルワーカーと情報を共有し、対応についての確認もしている。子どもの中心的生活の場は所属園や学校であるため、そこで子どもが落ち着いて生活できることを目指し、相互の連携に努めている。 ・所属園がない未就園の2歳児については、保護者からの意見・要望もあり、保育所交流に取り組んでいる。子どもが保育所等の集団生活を知り、そこに「行きたい」と思えるように、また保育所の側には発達が目覚める子どもについて知ってもらうための機会として、当事業所ではこの保育所交流を実施している。 ・使いやすい病院や地域の遊び場などを掲載した倉敷市発行の『子育てハンドブック KURA』、県の子育て応援フリーペーパー、卒園児の親でつくる会の活動のチラシ等を玄関に掲示し、情報提供している。また、同法人内の児童発達支援センターで行っている先輩保護者との交流会の開催情報についても提供している。 	

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。	b
	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) 71.4% b) 14.3% c) 0.0% 無回答) 14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの状況や職員の取り組みの様子については、保護者に対して送迎時やケアラボの連絡帳で日々伝えている。また、保護者からも、家庭での子ども様子や相談ごとがあればそれを伝えてもらっている。ケアラボでは、写真や動画なども使って視覚的に子どもの状態を伝えることができるため、保護者の安心につながっている。また、当事業所では保護者と定期的に個別面談を実施し、職員は家庭での困りごとへの対応のほか、きょうだい児の発達や生活についての保護者からの相談にも対応している。 ・利用者調査の関連項目については、肯定率が高い結果であった。 ・当事業所による所属園への訪問や医療機関との連携も、保護者にとつての安心感につながっている。 ・法人が開催している保護者学習会やペアレントトレーニングなど、保護者の学びの場についての情報提供もしている。 ・「児童発達支援ガイドライン」に基づく保護者評価の結果については「職員会議」で共有し、保護者の意見を反映させ、課題の改善に向けて取り組んでいる。 ・さまざまな取り組みを工夫し、保護者が安心感のもとに主体的に子育てができるよう支援を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人が開催している保護者学習会は、開催地域が離れていることもあって、当事業所の保護者からは参加が少ない。また、事業所独自の取り組みとしては、保護者同士がつながりを持てる機会がない。利用者調査でも「保護者の交流の機会」についての意見があげられている。 ・保護者が同じ立場で語り合う場は、保護者にとっては学び、支えられる場になる。事業所としての取り組みを期待する。 	

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) 100.0% b) 0.0% 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"> ・子どもの発達に応じた支援を行うために、子どもの定型発達や障害、太田ステージ評価による発達検査などを学習テーマとする研修を、法人の児童支援関連事業所で行っている。法人では、子どもの発達の道すじを「小ざくらのみちすじ」としてまとめ、職員が発達に応じた支援を考える際に活用できるようにしている。また、太田ステージ評価の発達段階ごとの遊びやプログラムの計画書である「療育計画書」があり、それを参考にすることもできる。さらに、遊びについての研究を行い、子ども一人ひとりに応じた新しい遊びを追加できるようにしている。 ・子どもの発達状況についてのアセスメントは、半年ごと見直し、その時どきの発達状況に応じて支援に取り組めるようにしている。 ・一日の流れは、個別活動、集団活動、自由遊びを組み合わせることで、子どもが意欲的に課題に取り組めるようにしている。 ・子どもの発達状況に応じた日々の支援は「ケアラボ」で保護者と共有し、職員は保護者の家庭での取り組みも支援している。 ・相談支援専門員を通して「ケース会議」「サービス担当者会議」を行うとともに、所属園と連携して、子どもの発達を支援している。 ・当事業所では、厚生労働書の「児童発達支援ガイドライン」に基づいて子どもの発達や障害を理解し、保護者、所属園、関係機関と連携して子どもの姿を共有しながら、個々の発達課題に沿った支援を行っていると言える。 	