

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：きらり児島	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：高下 淳	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：岡山県倉敷市児島駅前4丁目92	
電 話：086-473-0667	ホームページ： https://www.cumre.or.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：2004（平成16）年 8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：5名
専門職員	保育士：1名 保育士：2名
	児童指導員：2名
施設・設備の概要	プレイエリア、個別課題エリア、 集団活動エリア、相談室

③ 理念・基本方針

<法人基本理念>

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

◎福祉サービスの質の向上に関する取り組み

- ・ 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、改善事項を公表
- ・ 保護者からの意見・苦情および改善点を毎月の事業通信にて公開
- ・ 発達支援の質の向上に向け、毎月事業所内研修を実施

◎PR事項

きらり児島は、何らかの発達につまずきがあるお子さんの成長を支え、将来を見据えた支援を提供できる事業所を目指しています。また、そのお子さんが地域でのびのびと生きていくことができるように、事業所として地域との関わりを大切にし、関係機関と積極的につながる事業所・家族・地域が同じ思いのもとで、お子さんに関わることができるよう努めます。

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. 新規利用時のほか必要に応じて家庭訪問を実施して、家庭の様子や家庭での子どもの姿を全体的に把握し、支援を行っている。また、記録アプリによる情報共有や個別面談、学習会等、さまざまな機会を用意し、子どもの育ちと保護者の子育てを支援している

当事業所では、新規利用者には必ず家庭訪問を行い、家庭での子どもの姿、親子・きょうだいとの関わり、家庭環境など、家庭全体について状況を把握し、支援に活かすようにしている。また、利用開始後も必要に応じて家庭訪問を行っている。

毎回の子ども様子は、記録アプリを活用し、写真や動画なども取り入れ、視覚的にわかりやすく伝えている。保護者も、アプリを通して家庭での様子を伝えてきたり、相談を寄せてきたりしている。子どもの育ちに関する相談だけでなく、生活やきょうだい児の支援についての相談もある。

その他に、定期的な個別面談、家族見学週間、保護者学習会があり、随時の相談にも応じている。当事業所では、さまざまな機会を通じて、子どもの育ちと保護者の子育てを支援している。

これまで、保護者対応については正規職員が行ってきた。しかし、保護者の視点からはどの職員も同じ事業所の職員であることを考慮し、送迎時の引き継ぎや相談への対応などは、嘱託職員も行えるようにした。保護者が相談しやすい体制づくりを行っている。

◇特に改善が求められる点

1. 事業所の重要な経営課題に関する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、計画的な取り組みにつながっていない

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、中期経営計画を策定するとともに、法人全体の事業実施体制を見直しながら取り組みを進めている。

具体的には、今年度からの「5 拠点+1 基地」と称する体制のもと、各拠点に「拠点長」を配置し、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、当事業所では、稼働率の向上、職員の体制と育成など重要な経営課題に関する現状分析と課題解決の取り組みが十分に行われていない。それらの経営課題についての認識は、事業計画からも明確に読み取れず、計画的な取り組みにつながっていない。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、事実上は報告や情報の共有にとどまり、現状では、課題の解決に向けた検討や取り組みの具体化には至っていない。管理者は、地域の外部環境の変化に対応する方策が見当たらず利用実績の確保が困難であることを課題としている。拠点と管理者との間で責任体制や役割の分担について明確化することも含めて、取り組みを強化することを期待する。

2. 職員の人事管理や就業状況への配慮については、職員が納得できる取り組みを充実させていくことを期待する

法人では、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、年3回の目標設定面接を実施している。一方、職員自己評価では、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は理解しているが「人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格などに関する基準）の明確化と周知」「把握した職員の意向・意見や評価・分析に基づく改善策の検討」「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」に関しては、肯定率は低い。事業所内の工夫にとどまらず、さらなる取り組みを行うことを期待する。

また、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が寄せられ、その調整に努めている。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取り組み、残業はほとんどない。

職員自己評価では、管理者のリーダーシップに関して肯定率が高い。その一方で人材や人員体制に関する不安、働きやすい職場づくりに関しては低率である。特に、当事業所では、非常勤職員（嘱託職員）の配置に課題があるとしている。その要因分析を含め、さらなる取り組みを期待する。

3. 「日常生活聞き取りシート」が統一のアセスメントシートとして活用されるようになってきたが、収集した情報を整理し、支援課題を導くための記録がない。アセスメントから個別支援計画の作成までの過程がわかりやすく示され、事業所としての判断が明確に示せる記録の書き方や、記録の様式について工夫を行うことを期待する

個別支援計画の作成にあたっては、保護者に「日常生活聞き取りシート」を記入してもらった上で保護者と担任職員が子どもの状態像を共有している。そして「保護者の要望書」に基づいて利用者の

ニーズを整理し、支援内容を決定している。支援内容の決定に際しては担任職員、専門職、関係機関などの意見も参考にしている。

事業所としては「日常生活聞き取りシート」をアセスメントシートとしている。しかし「日常生活聞き取りシート」は、保護者の視点からの子どもの状況の記述がその中心であり、関係機関の意見、およびそれらを総合的に判断した事業所としての評価についての記録はない。

保護者からの意見を尊重することは重要であるが、それを踏まえた事業所の評価・判断がなければ支援の根拠が揺らいでしまう。

事業所として判断し、子どもへの支援として行われていることが明確に反映される記録の書き方、記録の様式について工夫を行うことを期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

令和4年度より、「きらり児島」の管理者として勤務し、利用実績、人材育成、地域公益活動等、浮上する課題に対し、一つひとつ取り組んできました。今回、第三者評価を受審し、客観的に事業運営を見ていただいたことで、現実として受け止めるべきこと、改善すべきことを改めて確認することができました。

当事業所の取り組みとして、利用者の獲得に向けては「働く親が多い」という児島地域の特性を踏まえた上で、送迎サービスには可能な限り対応していくこと、改めて相談支援専門員や所属園に利用者の受け入れ状況を周知すること、そして、法人としての強みである「ケアコラボ」を通して保護者や関係機関との連携を見学時に保護者へお伝えすることなどを実施しています。

また、人材の育成については、令和5年度から新年度体制になり、改めて事業所内研修の内容の見直しや、朝礼、昼礼、終礼での情報共有の強化、集団活動や所属園訪問には嘱託職員も参加することなどに、きらり児島の職員全体として取り組むとしています。アセスメントシートについても事業所で情報把握が可能となる様式を導入しました。

今回、改善点として浮上したことに対して、一つずつ取り組んでいきます。

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.5～32）。

● 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 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)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『くもレ10 ふれあい』等に掲載している。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『くもレ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。新採用時研修や非常勤職員に対しても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(理念研修)を行っている。拠点会議などの法人の大きな会議でも、参加者が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、法人の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『くもレ10の心得』や今年度のスローガンを唱和している。 ・利用している子どもの保護者に対しては、契約時に配布する「ご利用案内」の冒頭に「法人理念」「基本方針」「行動指針」を明示して、契約説明会でなどで周知に努めている。 	

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。	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)50.0% b)50.0% 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、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の動向を把握し、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。 ・法人では、各事業所が所在する地域を拠点とする体制を組み、活動しているが、今年度はその体制を5つの拠点に分けている。加えて、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。 ・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、当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、拠点内の他の事業所や当事業に関連する制度などの変化や、事業を取り巻く状況についての情報を把握している。また、拠点会議は法人の方針などを把握する機会でもあり、その内容は当事業所の「職員会議」で報告している。 ・今年度から、児童発達支援の関連事業所が参加する「子育て支援会議」を法人が主催し、その会議に管理者が参加している。この分野に関する制度などについて情報を得て、今後の課題などについてを考える機会となっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・拠点ミーティングで事業所の現状や課題についての共有には努めているが、事業所が所在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。職員が事業所の経営環境などへの関心と理解をを深め、自主的な取り組みに向うようにするための工夫や配慮などが求められている。 	

【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)66.7% b)0.0% c)33.3% 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および今年度に再編した「5拠点+1基地」の新たな体制のもと、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」の体制のもとに、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て、拠点長の責任と役割の明確化を図り、ICT化を進め、人財確保や人事システムなどの人財マネジメントの見直しに取り組んである。また、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。 ・新たな5拠点制において、当事業所は「にじいろ」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および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。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は「職員会議」で利用率についての報告を行うことはあるが、その低下を防ぐための取り組みを行うことまではできていない。 ・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、事実上その内容は状況の報告にとどまっている。当事業所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、取り組みの強化を期待する。 	

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。	b
	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)66.7% b)16.7% c)16.7% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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て「クムレ中期経営計画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うものであり、国際連合が採択した持続可能な開発目標であるSDGsにもつながるものであるとして位置づけ、取り組んでいる。 ・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」などの3つの方針を掲げ、スケジュール化するなど、それぞれの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、半期ごとに振り返りはしている。また、経営会議で必要に応じて見直している。これまで2拠点制であった事業実施体制を5拠点制に再編するとともに、人財マネジメントの見直しなどにも取り組むなど、計画的に「クムレのありたい姿」(ビジョン)に向けて取り組み体制・しくみを整えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中長期計画に関して、職員自己評価における肯定率は低い。中長期計画の策定に直接的には参加しなくとも、中長期計画の意味や策定プロセス、およびその内容を把握・理解することを課題に取り組みを行うことが求められる。 	

【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) 50.0% b) 33.3% c) 16.7% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「くみれ中期経営計画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、当事業所の前年度の事業報告を踏まえ、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され、「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。 ・事業計画は、多機能型事業所(児童発達支援事業および放課後等デイサービス)として作成している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では「単年度計画が実行可能な具体的な内容になっていない」という結果であった。 ・単年度事業計画のフォーマットが今年度から新たなフォーマットになったためか、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のかが明確ではない。当事業所の3年程度を見通した達成すべき状態(姿)を示しているとすれば、内容が抽象的である。また「ありたい姿」に向けたプロセス(例えば年次の計画など)も、読み取りにくい。その他の計画についても課題の提示にとどまり、具体策などは読み取れない。 ・課題の明確化と併せて、事業計画の内容の充実を期待する。 	

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) 50.0% b) 50.0% 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"> ・現在の管理者(児童発達支援管理責任者)は、2022年4月に配属された。昨年度の事業計画の作成手順などは不明であるが、今年度は法人が示す事業計画策定のプロセスに準じ、職員の意見や思いに基づいて事業計画を作成する予定であるとしている。 ・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についての記載があり、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、年度末に評価を行って、その結果を次年度の計画の内容に反映させていく方針である。 <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まとめ、職員への周知にも努めている。しかし、事業計画の策定段階における職員参画の機会については明確には位置づけられていない。 ・職員の自己評価の結果も上記の通りであり、肯定率は5割程度であった。特に「事業計画の実施状況の把握と事業計画の見直し」について、肯定率が低い。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。	a
	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)83.3% b)16.7% 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"> ・当該年度の事業の方針等の周知の取組みについて、利用者等に対しては広報誌『くもレだより ふれあい』を配布している。この広報誌の毎年度の最初の号には、法人の方針や新たな事業について掲載している。 ・利用者との契約時の説明でも、事業計画に関する説明を行っている。説明では、パワーポイントで「法人理念」「エリアの説明」「事業の取組み」「事業計画の要約」などの内容についてまとめている。なお、継続児に対しても「契約会」で説明している。 ・管理者は、年度の事業計画に関する利用者への周知について、より理解しやすいようにするための対策・工夫に取り組む予定である。その実践の取組みを期待する。 	

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。	b
	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)83.3% b)16.7% 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ことを明示している。 ・法人は、すべての事業所が数年ごとに福祉サービス第三者評価を計画的に受審するようにし、その受審結果についての集約・分析を行っている。なお、第三者評価を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、その結果を法人主催の役員および全事業所の職員が参加する「報告会」の場で発表する体制としている。 ・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、2回目である。 ・自己評価については、当事業所が多機能型事業所であるため、2つの事業について、職員自己評価の実施および保護者アンケートを実施している。この取組みは「児童発達支援ガイドライン」および「放課後等デイサービスガイドライン」に基づいている。 ・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。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これまでの第三者評価および「児童発達支援ガイドライン」「放課後等デイサービスガイドライン」の活用は、管理者の異動があり、不明である。取組みを機能させるためには、プロセスの明確化、計画的な取組み、申し送りが求められる。 	

【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)50.0% b)50.0% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・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」「放課後等デイサービスガイドライン」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、改善に向けた計画的な取り組みの実施を促している。</p> <p>■ 改善課題 ・管理者は、今年度の就任であるため、これまでの当事業所の第三者評価の取り組み状況については把握していない。職員間の共有、および計画的な取り組みを行うことを期待する。 ・「児童発達支援ガイドライン」「放課後等デイサービスガイドライン」の活用について、管理者は、今年度はアンケート調査の終了後に結果や改善項目などについて事業所内勉強会で職員に周知し、改善計画を立てる予定がある。確実な取り組みを期待する。</p>	

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。	b
	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)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 ・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」、それに照らした「役割基準」が明示されている。 ・管理者は、今年度の就任であり、児童発達支援管理責任者を兼務している。 ・管理者は、自らの役割について「サービスの質の向上を図ることである」と語る。また、職員の育成について責任があること、さらに子どもとのコミュニケーションが重要であり、そのために「職員が子どもと関わる機会を多くしていくこと」を課題に、職員配置などを検討している。 ・管理者は、自らの役割と責任を、事業所の通信である「きらり通信」で年度初めに伝えている。</p> <p>■ 改善課題 ・管理者の自己評価では「非常時における管理者の役割や責任などについての明確化」については「把握していない」という結果である。至急に取り組みを行うこと期待する。</p>	

【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)83.3% b)16.7% 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"> ・法令遵守に関する取り組みとして、管理者としては行政が実施する集団指導に参加している。法人の取り組みに関しては「エリア会議」の際に情報収集している。 ・法人として「人権に関する研修会」「感染症に関する研修会」を実施し、職員が参加している。さらに、事業所内においても勉強会の開催に取組む予定である。 <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、虐待防止法などの提供サービスに関するものはもとより、メンタルヘルスやハラスメント対策を含めた労務管理の関係法令、建物設備や災害に備える際の関係法令など多様であり、法人本部からのバックアップを得ながらも、管理者自らに理解を深める努力が求められる。 ・また、それらについて職員においても同様の理解を促す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)83.3% b)16.7% 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"> ・管理者は、今年度に就任しているが、サービスの質の向上の現状について把握する機会は、ガイドラインに基づく自己評価の振り返りであるとしている。また、日常的には朝礼・昼礼・終礼の機会に、サービスの質の向上のための話し合いや共有を行っている。 ・管理者は、日々の職員との情報共有を通して、個々の職員の課題や改善目標について把握している。また、年3回、職員との業務目標管理面談を実施している。 ・法人が主催する研修や参加してほしい研修については、個別に職員に声をかけ、また必要に応じて勤務を調整し、研修参加を勧めている。 	

【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)66.7% b)33.3% 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"> ・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、月ごとの利用者数の動向、ヒヤリハット・事故などを「拠点ミーティング」で報告し、課題の共有に努めている。 ・業務改善は日々の課題であり、常に職員と対話しながら取り組んでいる。また、稼働率を確保して経営の安定化を図ることを重要な課題とし、毎月の水位を報告して共有している。また、業務改善すべき事項や開所日数の増加などについては職員間で話し合い、決定している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人事、労務、財務等は主に法人本部が担うしくみである。ICT化の促進、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、それら法人としての取り組みと事業所の取り組みとの役割分担を踏まえながら、当事業所内において、より適切に業務の実効性を高めるための取り組みに指導力を発揮していくことが求められる。さらなる取り組みを期待する。 	

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)50.0% b)50.0% 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"> ・法人として人財の確保と定着を進めるために「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」によって構成され、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と人事評価制度を連動させようとするものである。 ・法人では、職員の確保と育成に一体的に取り組むため、今年度は委員会体制を人財定着委員会、人財確保委員会、人財育成委員会に再編し、新たな人財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、職務基準書に基づく各専門職の業務標準化のための検討などを行っている。 ・人財確保委員会は、採用活動を担当し、具体的にはホームページ・SNS(ソーシャル・ネットワーキング・サービス)によるPRおよび求人情報の掲載、法人説明会(オンライン)や見学会の開催、職員紹介制度の活用など、特にインターネットを使った採用活動に力を入れている。 ・人財育成委員会は、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。 ・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、就活フェアなどには参加している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として人財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、現状の事業内容の継続なのか否かの方針が見えにくい。職員自己評価では、肯定率は5割である。今後の取り組みを期待する。 	

【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)33.3% b)33.3% c)33.3% 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、職務・役割行動において求められる姿として「期待する職員像」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)を実施して、4月にフィードバックするしくみである。 ・これらについては「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、その冊子を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を職員が理解していることはわかる。一方で「人事基準(採用、配置、異動、昇進・昇格などに関する基準)の明確化と周知」「把握した職員意向・意見や評価・分析に基づく改善策の検討」「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、肯定率は低率である。事業所内における工夫にとどまらず、さらなる取り組みを行うことを期待する。 	

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) 16.7% b) 66.7% c) 16.7% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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状況や有給休暇の取得状況を把握し、嘱託職員からはそれぞれが働きやすい時間帯についての相談を受け付けて、その調整に努めている。なお、当事業所では、定時退社の促進と有給休暇の取得確保に仕組み、残業もほとんどない。 ・個々の職員との面談の機会のほか、管理者は、日常的なやりとりや人事考課面接の際などに職員の意向の把握に努めている。また、法人では「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。 ・職員のための福利厚生制度としては、ソウエルクラブ(社会福祉法人福利厚生センター)および岡山県社会福祉協議会の「岡山県民間社会福祉従事者育成制度」に入会しているほか、慶弔見舞金、職員互助会、5年ごとに研修旅行を実施している。また、当法人の職員向けに、企業主導型保育所を開設している。 ・法人は、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を確認し、宣言事業所として登録する「おかやま☆フクシカイゴ職場 すまいる宣言」(岡山県福祉・介護人材確保対策推進協議会による)の取り組みに参加している。当事業所も、法人の宣言事業所の一つとして登録されている。 <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する項目の肯定率は低率である。特に、当事業所では「非常勤職員の配置に関する課題がある」としている。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。	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) 66.7% b) 33.3% 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「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」のなかで「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」などについて示し、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を整備している。 ・目標管理の取り組みでは、まず法人が初任者・中堅職員など階層別に求める職員の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内容を決定していく。その進捗管理については、目標設定時面接(5月)、中間時面接(10月)、期末評価時面接(3月)の各面接を経て、それぞれの遂行度・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。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価の結果では「目標の設定」や「目標達成度の確認」において、肯定率は5割である。今後の検討を期待する。 	

【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)66.7% b)16.7% c)16.7% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、主に新任職員の教育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としている。 ・OFF-JTについては、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、災害対策の研修、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(感染症対策の研修など)、事業所内の研修、外部の研修機関による研修に区分し、実施している。 ・法人では、今年度は「支援のあり方ブック」を作成し、そのなかで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、発達の道すじ等についての取り組みをまとめ、冊子を全職員に配布し、中途採用対象の研修などで参照している。 ・当事業所内では、毎月16時以降に児童発達支援に関する研修や、不定期開催ではあるが支援が難しい子どもに関する事例検討会を実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として職員研修の体系を整備し、育成に取り組んでいるが、当事業所の管理者としては、法人のその体制について十分に把握した上で、さらに事業計画などを活用して事業所内における職員の研修課題の明確化を図り、計画的な研修の実施に関して明文化する取り組みを行うことを期待する。 	

【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)66.7% b)33.3% 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"> ・法人は、クムパートナー制度により、OJTを組織的・計画的に行っている。同制度は、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うとともに、日常的な相談への対応を行うものである。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。指導を受けている職員は、2週間ごとに「研修ノート」に業務に関する所感を書き、クムパートナーはそれに対するアドバイスコメントを記入して、新任職員への指導を行うことをルールとしている。 ・法人による階層別研修は、対象者が特定されているので、当事業所では対象となる職員を参加させている。また、外部の研修機関による研修については、開催案内を回覧し、希望者が参加できるようにしている。このように、法人による階層別・テーマ別の研修や組織的なOJTの実施により、非常勤職員を含めて、職員一人ひとりが研修の機会を確保できるように努めている。 ・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についての助成を行っている。 ・管理者は、職員一人ひとりに、個別の課題に応じた研修の機会を活用するように勧めている。なお、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」の肯定率は100.0%である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では「職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している」に関しては、肯定率は5割である。管理者は、今年度は、正職員については事業所内研修の充実を図り、発達支援の提供に関する意識や知識の向上に努めているが、その一方で嘱託職員に関しては勤務時間の制限から時間的に間に合わなくなって紙面による情報共有にとどまっていたり、内容の浸透が不十分であったために、支援観の統一ができなかったことなどを課題としている。 ・次年度は、研修内容と研修時間の見直しを行う方針であるので、今後の計画的な取り組みを期待する。 	

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) 50.0% b) 0.0% c) 50.0% 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、短期大学の養成課程から保育士の実習生2名を受け入れた。事前に冊子「きらり児島で実習をしていただく皆様へ」を作成し、それを活用して、実習生に対して、法人の理念、当事業所の紹介、事業内容、実習時の留意点などをわかりやすく示している。また、わかりやすい実習プログラムを活用している。 ・介護福祉士、社会福祉士などの実習生について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、法人内の他の事業所との協力体制も整えながら、今後もさらに積極的に実習生の受け入れを行い、福祉人材の育成のために事業所として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) 33.3% b) 66.7% 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"> ・当事業所では、児島地区で開催している「ふれあいアート展」で、利用児の作品を出展したり、事業所の「お知らせ」を行ったり、事業所の紹介を掲示するなどして、地域の人たちの目に触れる機会をつくるようにしている。 ・ホームページおよびSNS(Instagram)を開設している。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)、採用情報などを掲載している。なお、さらに今後は各事業所が日常の様子についてホームページやSNSで発信していく方針である。 ・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の家族に配布している。このレポートでは、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)、新年度事業計画等について明示されている。また、掲載内容がわかりやすく、伝わりやすいように、写真、数値、イラスト等を多用するなど、誌面づくりの工夫に努めている。 ・苦情・相談の受付体制やその内容に関する情報公開については、法人におい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が、当事業所における取り組みは弱く、今後の検討を期待する。 ・苦情対応等については、法人として公開の方法などについて検討中であり、今後の取り組みに期待する。 	

【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)80.0% b)0.0% c)20.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・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、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るとともに、内部監査規程や内部管理体制の基本方針を定めている。これらの実務については、法人本部が担っている。 ・法人は、公認会計士に業務を委嘱し、その指導を受けている。</p>	

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)50.0% b)50.0% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人は、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。 ・当事業所では、地域で実施している勉強会や子ども・保護者が利用できそうな行政のイベントの開催情報のほか、各種の制度紹介などのお知らせを掲示している。 ・地域で開かれる「子ども食堂」に参加しているため、拠点を超えて子ども同士がかかわり合う場がある。また、警察署の見学、地域のスーパーマーケットでの買い物、地域の公園に出向くなどの機会がある。</p> <p>■ 改善課題 ・子どもや保護者が利用できそうな行政サービスの情報などの提供に努めているが、幼稚園や保育所等の補助的な利用である場合が多いこともあり、当事業所を通じて子どもや保護者が地域との関係を広げるといふ機会は乏しい。 ・法人の「地域とともに」という理念に則り、子どもや保護者が地域との交流を広げるための取り組みを、さらに強化することを期待する。</p>	

【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)33.3% b)16.7% c)50.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人は「地域共生社会づくり」の一環と位置づけて各事業所の季節のイベント等のボランティアをホームページで常時募集し、ボランティア活動者には「くみしいきポイント」を付与している。1年間で貯まったポイントは、法人内の事業所の製品などと交換することができる。 ・法人としてボランティア受け入れに関する手順書を整備し、受付の流れなどを明示している。なお、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す。当事業所では、法人のボランティア受け入れに関する手順書のほか、学生ボランティアの受け入れに際しては、子どもたちの特徴や活動にあたっての注意事項などを記載した『ボランティアさんへーきらり児島で活動していただく前に』を作成し、活用している。</p> <p>■ 改善課題 ・法人としてボランティア受け入れの姿勢としくみを整えている。当事業所は、その受け皿の一つに位置づけられている。 ・当事業所では、利用する子どもの生活を充実させる観点からはもとより、事業所の活動自体にとってもボランティア活動の充実は重要であるとしているので、今後の取り組みに期待する。</p>	

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)83.3% b)0.0% c)16.7% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の関係機関には、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)などがある。関係機関とは、個々の子どもの状況に応じて定期的に会議の場を持ち、話し合いを行い、職員間で情報を共有している。また、子どもの日頃の姿を把握する機会として、子どもが利用している保育所などを訪問している。 ・ケアコラボの利用については、まだ一部にとどまっているが、保護者の了解が得られれば関係機関が登録し、子どもに関する情報をケアコラボによって共有することができる。 ・関係機関・団体との定期的な連絡・連携を図るため、当事業所では「小地域ケア会議」や「母子保健連絡会」に参加している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関との連携の取り組みは、全体的には個々の子どもに応じた関係機関との関係づくりにとどまり、事業所として連携し得る社会資源の明確化や連携強化の取り組みなどは、体系的な連携体制の構築を進めるという意味からは、現状は必ずしも十分ではない。 ・したがって、今後は事業所として必要な社会資源の明確化を図るとともに、連携強化に関する事業所の方針について検討を行い、さらなる取り組みを行うことを期待する。 	

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。	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)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「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ものと位置づけて、今期の「中期経営計画2025」に「公益的な取り組み・防災対応の推進」を掲げている。 ・当事業所では「小地域ケア会議」で情報収集を行い、また地域で取り組まれている「子ども食堂」にも参加して、職員同士の交流などを通じて地域の課題などを把握している。 ・当事業所としては、16時以降に地域の子どもたちが集まれる場所・機会づくりとして「フレンドサークル」の活動に取り組んでいる。また、法人内の他事業所では、当事業所の利用終了児も対象に「課外活動」の機会を提供するなどしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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り組み」を位置づけ、そのなかで地域の子どもたちの集いの場づくりを掲げて「フレンドサークル」などによる学齢期対象の公益活動に取り組んでいるが、利用者・参加者は少数である。また、法人内の他事業所の取り組みでも、当事業所の利用終了児の参加は乏しい。 ・課題の要因を分析し、具体的な対策に取り組むことを期待する。 	

【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。	b
	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)66.7% b)16.7% c)16.7% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・法人としても、あるいは他のエリアでも、地域貢献のための取り組み・活動がある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域貢献のための取り組み・活動については、当事業所が所属する「エリア」の取り組み、また当事業所の取り組みは現状ではない。 ・しかし、中長期計画および「事業所のありたい姿」としては「地域の多様な福祉ニーズへの取り組みと、そのための連携の強化、ネットワークづくり」を掲げている。また、地域の子どもたちに集いの場を提供する「フレンドサークル」の活動(学齢期児童対象の公益活動)にも取り組んでいる。今後の取り組みを期待する。 	

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(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)66.7% b)33.3% 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"> ・法人では、新任職員の入職時に理念・方針をはじめとする基本姿勢を伝える研修を実施している。この研修では「職務遂行要領書」「クムシート」などのほかに「職務基準チェックシート」等を参考にして、当法人の「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。 ・また、非常勤職員も含めた全職員を対象に「子どもの人権、支援者の倫理」の研修も実施するなど、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。なお、事業所の事情によって研修に参加できない場合は、職員が研修にリモート(Zoom)参加できるようにしている。さらに、研修の動画を撮影し、職員会議や昼礼・終礼でも見直しを行い、法人の理念・方針を理解・実践するための取り組みに努めている。 ・事業所内研修や法人内研修の際には、職員の行動指針である法人の『クムレ10の心得』を唱和している。 ・全職員対象の研修については、非常勤職員の参加を促すため、勤務時間外となる研修参加時間については時間外手当等を支給するなどの手立てが取られている。 ・人権倫理委員会からも職員に対して情報発信を行い、虐待防止や身体拘束防止についての勉強会や啓発などを行っている。それらの取り組みにより、利用者尊重について、職員間で共通の理解を持てるように努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者を尊重した支援を行うための職員の共通理解を促す取り組みは行われている。 ・しかし、職員自己評価では「考えを共有する機会をつくってはいるものの、サービス提供に対する思い(志)には食い違いがある」などの意見が見られることから、さらなる取り組みに期待する。 	

【29】Ⅲ-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)66.7% b)33.3% 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"> ・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、入園のご利用案内などを用いて説明している。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「ケアコロポ」を導入したため、写真や動画の個人情報保護についても徹底を期している。 ・プライバシー保護にの徹底に関しては「子どもの名前呼び方」や「事業所において知り得た情報を広めない」など、人権への配慮や個人情報保護についての職員研修を行い、その理解が図られている。 ・職員室内のボードに子どもの名前を書くときは、イニシャル表記にして、実名がわからないようにしている。パソコンで作成途中の資料についても、人目に触れないように努め、メールでのやり取りでも直接的な表現はしないように配慮している。 ・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の方法として、子どもに対する配慮事項やプライバシーに関する留意点を記載している。 ・トイレは、プレイエリアから見えない場所にあり、各個室には扉がある。おむつ交換や下着のはき替えを行う場合は、トイレ前の着脱エリアで行い、プライバシー保護に留意している。なお、トイレの使用が困難な寝たきりの子どもの場合は、マットを使用している。 ・保護者と面会して個別の相談に応じる場合などは、外部から遮断された相談室を利用し、プライバシー保護に配慮している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、一人ひとりの子どもに対して生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、子どものプライバシーを守れるようにするための工夫については、肯定率は5割である。 ・当事業所の全職員が、それぞれの雇用形態にかかわらず、日常業務の各場面において改めて子どものプライバシー保護や権利擁護の視点から自らの支援を振り返り、さらなる取り組みを検討するように期待する。 	

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)83.3% b)16.7% 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"> ・法人のホームページ、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」にも情報を提供している。倉敷市役所、倉敷市総合療育相談センター「ゆめばる」、相談支援事業所、さらに今年度からは児島支所にも当事業所のリーフレットを置き、利用希望者が手に取って事業所の情報を得られるようにしている。 ・ホームページやリーフレットには、当事業所の遊び、運動、昼食、おやつなどの支援、活動の様子、利用開始までの流れなどの情報を写真やイラスト入りで掲載し、わかりやすく伝えられるように工夫している。 ・見学の希望には相手の状況に応じて個別に対応し、希望があれば複数回の事業所見学にも応じている。 ・見学時は、リーフレットを使用し、管理者が支援の内容や職員配置などを説明している。保護者からの疑問には十分に時間を取り、丁寧に答えられるように配慮している。 ・コロナ禍においては、感染防止対策のための検温、手指消毒、換気の徹底に心がけ、少人数で見学してもらうことを依頼している。 ・リーフレットについては、現在は法人の5つの多機能型事業所(児童発達支援と放課後等デイサービス)で合同のものを使用しているが、さらに当事業所のアピールポイントを入れた独自のリーフレットの作成に期待する。 	

【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)83.3% b)16.7% 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"> ・サービスの開始にあたっては、契約に必要な資料として「基本情報」「本人の情報共有シート」「日常生活聞き取りシート」「保護者の要望書」などをあらかじめ郵送し、保護者に記入・持参してもらって契約する。書類の書き方がわからない場合は、わかる範囲での記入を依頼し、契約時に職員と一緒に確認しながら記入してもらっている。 ・契約時には「ご利用案内」「利用契約書・重要事項説明書」などを用いて当事業所の取り組みを具体的に説明し、理解を得た上で契約に至るようにしている。 ・「ご利用案内」には、法人理念、事業計画、支援に関する事項などを具体的に掲載し、利用者等が繰り返しその内容を見返して確認することができるようにしている。 ・障害があったり、外国籍の保護者で日本語による説明では理解が難しいような場合には、スマートフォンのアプリケーションを活用した説明方法で行ったり、また耳が聞こえない場合には筆談で対応している。さらに、祖母にキーパーソンになってもらうなど、利用開始にあたって、必要な情報が正確に伝わるように工夫している。 ・保護者の意向や子どもの様子については、見学時や入園説明などの機会に確認している。また「保護者の要望書」に記載してもらうことなども依頼している。職員も、把握した子どもや保護者の情報を記録している。 	

【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。	b
	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)50.0% b)50.0% 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"> ・移行や引き継ぎについては「職務遂行要領書」によってその手順を明確にしている。 ・保護者からの依頼を受けて、日頃の子どもの様子のほか、個別支援計画書、保護者からの聞き取りなどの情報に基づき、子どもの全体像、課題、配慮点などを取りまとめて「利用児状況表」を作成し、引き継ぎを実施している。 ・就学に関しては、移行支援会議の後に、事業所で保護者と一緒に話す機会を持っている。その第1回目は6月の就学前相談において、子どもの様子を担任と振り返りながら、保護者として就学後の生活についてどのように考えているか、その意向の確認を行うとともに保護者からの相談に応じ、学校見学などについての情報提供を行っている。第2回目は、1～2月の就学先の決定後、個別の面談を希望する保護者と話す機会を持っている。 ・移行後の相談については、ケアコラボによる情報共有が可能である。玄関に「きらり児島終了後の相談先やメールアドレス登録について」というお知らせを掲示している。また、終了児向けの「活動案内」を作成して配布し、保護者が終了後もいつでも相談できる体制を整えて、サービス提供の継続性に配慮している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価の回答では、他の項目よりも肯定率が低い結果であった。全職員に対しても、事業所としての取り組みを周知・徹底することを期待する。 	

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) 利用者満足を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) 利用者満足を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) 利用者満足を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)33.3% b)50.0% c)16.7% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護者の満足度を把握する方法として、厚生労働省が示す「児童発達支援ガイドライン」を活用し、年1回、アンケート調査を実施している。アンケートで寄せられた保護者からの意見については、管理者が分析を行っている。それぞれの保護者からの意見について改善案を作成している。改善案には、対応や今後の取り組みなどが記載されている。 ・アンケート調査の結果はホームページで公開し、また事業所の『きらり通信』で保護者に報告した上で事業所の玄関にも置き、結果をいつでも自由に閲覧できるようにしている。今後は、ケアコラボでも情報を発信し、なかなか事業所まで来ることのできない家族とも、アンケート調査の結果を共有していきたいとしている。 ・利用者満足度を把握する機会としては、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、その際に支援や事業に対する意見を確認するようにしている。 ・今後は、把握したことを事業計画の作成に反映させて、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"> ・事業所への利用者の満足度を把握し、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、今回の職員自己評価では、利用者満足に関する調査の担当者等の設置のほか、把握した結果の分析・検討にあたって利用者の参画のもとで検討会議を設置しているかに関しては、肯定率が低い。職員全体でその要因を分析し、改善に取り組むことを期待する。 	

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)66.7% b)16.7% c)16.7% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、第三者委員の連絡先を明示したポスターも事業所の玄関に掲示している。「意見・要望・苦情解決のためのしくみ」についても、図式化した上で苦情受付の連絡先のポスターと並べて掲示しているが、図がわかりにくいことから、さらなる工夫を行うことが求められる。 ・第三者委員は地域の関係者にも依頼しているため、地域住民の立場から当事業所のサービスに対する意見をもらったり、来園して苦情の内容を確認してもらうこともある。 ・受け付けた苦情は「意見・苦情・要望発生処理報告書」に記録し、職員会議でその内容を周知するとともに、業務運営の改善に活かしている。事故が起こるかもしれない案件に関しても「気づきカード」に記録し、情報の集約を行っている。 ・意見・苦情が寄せられた場合は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で『きらり通信』に掲載し、公表している。 ・事業所の玄関には、利用者や家族が事業所に対して苦情・意見等を申し出しやすいように「ご意見箱」を記入用紙と一緒に設置している。ただし、これまでのところ「ご意見箱」が利用されることは少ない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決しくみの公表は、保護者向けの範囲にとどまっている。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。法人の方針として、苦情解決の結果については、事業報告書、広報誌などに掲載し、広く公表することについて検討するよう期待する。 ・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。 	

【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、そのことを利用者に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、そのことを利用者に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)33.3% b)50.0% c)16.7% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入園時には、相談や意見を述べることができる受付窓口については「重要事項説明書」に掲載し、利用者・保護者に説明している。 ・ケアコラボ、電話、送迎時の保護者との会話などを通じて、相談・意見を受け付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・意見を受けるツールが広がった。なお、ケアコラボには、保護者全員が対応できるようになっている。利用者調査でも「ケアコラボを活用して、子どもの状況について細かい部分まで伝えてくれるので、本人が得意なことや苦手なことまで詳しく知ることができ、職員に感謝している」というコメントがあった。 ・保護者との会話、書面、電子媒体などの相談・意見を受けるツールがあり、それぞれの保護者が使いやすいツールを選んで相談することができるようにしている。 ・面談して相談に対応する場合には、外部から遮断されて意見を述べやすい「相談室」を利用している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価の関連項目では、他の項目よりも肯定率が低い。 ・利用者が相談したり、意見を述べたいときに、その方法や相手を選択できるようにするためには、雇用形態(正規・非正規職員等)にかかわらず、全職員が相談を受けられるようにしておかなければならない。さらなる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)83.3% b)16.7% 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"> ・ケアコラボ、送迎時の保護者と職員のやりとり、個別面談など、さまざまな場面で利用者・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職員は心がけている。さらに、その取り組みの充実のためにも、保護者から気軽に声をかけてもらえる雰囲気づくりに努めている。 ・相談を受けた際には、上位者に引き継ぎ、責任者に報告・相談し、内容を検討して迅速な対応ができるように努めている。 ・相談受付時には記録を行い、相談の内容や対応については、必要に応じて職員会議や朝礼・終礼で報告・共有している。また、事業所通信に掲示するなどして、職員は再発防止に努めている。 ・玄関に「ご意見箱」を設置しているが、これまであまり使われたことはない。 ・利用者調査では「いつも素早い対応で、的確なアドバイスもあり、心強い」との意見がある。 ・厚生労働省が示す「児童発達支援ガイドライン」に基づく「保護者等からの児童発達支援事業所評価」として、アンケート調査を年1回実施している。 ・対応についてのマニュアル「職務遂行要領書」の内容については、法人の子育てチームで見直しを行っている。 	

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) 33. 3% b) 50. 0% c) 16. 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"> ・安心・安全な福祉サービス提供の体制づくりは、法人のリスクマネジメント委員会が担っている。ただし、対応するリスクのうち災害対策や感染症対策については別に委員会を設けているので、リスクマネジメント委員会ではヒヤリハット、事故、不審者、その他のリスクに対応している。リスクマネジメント委員会は、各事業所のヒヤリハット報告や事故報告を集計し、傾向を分析して注意喚起を行っている。 ・当事業所では、従来はヒヤリハットの報告が少なかった。職員ミーティングでは共有していたが、報告するまでで終わり、要因分析や対策の検討までは実施していなかった。しかし、子どもへの配布物や持ち物の間違い、連絡ミスが続いたことを契機に、対応策について職員に意見を求め、検討を行った。配布物については、確認ルートの体制をつくることによって改善した。この取り組みを通じて、職員の事故・ヒヤリハットに関する意識が高まり、その結果、ヒヤリハット報告数が増え、再発防止につながっている。 ・拠点の研修では、不審者への対応についての研修や危険予知訓練(KYT研修)に取り組んでいる。 ・緊急時の対応はフロー図にして職員室に掲示し、当事業所の全職員がいつでも確認できるようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の取り組みだけでなく、事業所の状況に照らして安心・安全な福祉サービス提供のための取り組みを行っている。 ・しかし、職員自己評価の回答結果では肯定率が高いとは言えず、取り組みへの不安が見られる。職員が自信を持って取り組めるように、他の事業所の事例などからも学び、対応のスキルを向上させることができるようにトレーニングを積み重ねることを期待する。 	

【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) 66. 7% b) 16. 7% c) 16. 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"> ・感染症の予防については、法人の看護師連絡会を中心に取り組む体制としている。当事業所には、法人の感染症対応マニュアル、感染症BCP(事業継続計画)が整備されている。ただし、事業所独自の部分については、職員による変更の記載がなく、事業所で使えるマニュアルとするための見直しの取り組みは不十分である。 ・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。 ・看護師チームが事業所内の状況を観察し、衛生環境が不十分な箇所について指摘を行っている。その取り組みのなかで、手洗い場のペーパータオルの引き出し口の向きの修正やハンドソープディスペンサーの導入を指導され、改善を図っている。 ・保護者に対しては『ご利用案内』で感染症への対応について説明している。また、事業所の『きらり通信』に記載し、注意喚起している。 ・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、感染症対策が行われている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症マニュアルの見直し時期や担当者が明確ではなく、現状と異なっている箇所も修正されずにそのままになっている。常に使えるマニュアルとなるように適時に見直しを行い、内容を整備していく必要がある。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)66.7% b)33.3% 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"> ・災害への対応については、法人の防災委員会が対策を行っている。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。当事業所にとってのリスクの第1位は水害の発生であるが、所在地はハザードマップのエリアからは外れている。しかし、建物の1階で運営されているため、万一の場合は垂直非難ができるように、隣接している大家宅に避難できるように依頼している。市で指定されている避難場所は当事業所から距離が離れているため、災害発生時の活用は現実的な選択ではない。そのため、当事業所が所在する地域の「小地域ケア会議」に参加し、地域住民の協力を得ながら、災害発生時の避難場所について検討している。なお、水害BCPを作成中である。 ・災害時には保護者に対して緊急メールを発信し、迎えに来てもらうことになっている。緊急時の連絡先リストはインターネットを介したクラウド内で管理し、どこからでも連絡できるようにしている。また、災害時の対応については『ご利用案内』に掲載し、保護者に伝えている。緊急メールの送受信については、職員間では訓練を行っているが、保護者との間では実施していない。メールの発信は、管理者のみが行える状況である。 ・災害時の持ち出し袋や避難時に子どもがかぶる帽子は、玄関近くに常備している。また、飲料水や食料などの備蓄を行い、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子どもに提供している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての取り組みだけでなく、当事業所が設置されている環境を踏まえて、地域住民の協力も得ながら、事業所としての災害対策を進めている。 ・その一方で、現状では「緊急メール」の発信は管理者しか実施できない状況であり、防災の取り組みが職員全体のものになっているとは言い難い側面がある。管理者が不在のときにも、職員一人ひとりが的確に動けるように、さらなる取組を期待する。 ・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。	a
	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)83.3% b)16.7% 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"> ・実施方法の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、制度上その作成が必要とされる項目である。さらに、支援に関して標準化が必要な項目は「職務遂行要領書」として取りまとめている。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、環境整備などの10項目を取り上げている。「職務遂行要領書」は各職員に配布している。 ・「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・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からの留意事項なども記載されている。 ・「職務遂行要領書」や各種マニュアルのうち、そのときに必要な手順はわかりやすく図式化するなどして、職員の目につきやすい場所に掲示している。また「職務遂行要領書」には掲載されていないが、必要性がある項目については、手順をまとめ、掲示している。例えば、子どもの受け入れの流れが混乱したことがあり、その際にはどの職員も受け入れに対応できるように手順をまとめ、玄関に掲示した。 ・毎日の終礼で、子どもへの支援についての振り返りを行っている。また、法人のOJTの取り組みとして「クムパートナー制度」があり、標準的な実施方法が行われているかどうか、確認を行っている。 ・なお、改善のために作成され、掲示された書式を「職務遂行要領書」に追加する取り組みは行っていない。作成したものは、次にも生かすことができるように取り組むことを期待する。 	

【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)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"> ・朝夕のミーティングや個別支援計画の見直し時など、支援の内容に関しては日常的に職員間で話し合う機会があり、常に改善に向けた取り組みを行っている。 ・毎年、厚生労働省の「児童発達支援ガイドライン」に基づいて、当事業所において自己評価と保護者評価を実施している。そのなかで把握された意見は、支援内容や業務について見直しを行う際に活用している。 ・支援のマニュアルである「職務遂行要領書」は、2021(令和3)年度に法人内の児童発達関連事業所の管理者が集まって全体的な内容の見直しを行い、関連事業所において共通して活用している。なお、必要に応じて新たに作成したことや修正点については事業所内で共有しているが、それらを「職務遂行要領書」の内容に反映させることは行っていない。また、内容の見直しの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"> ・2021年(令和3)度には「職務遂行要領書」の全面的な見直しを行ってはいるが、外部や内部の状況は、その後も常に変わり続けている。見直しの時期と担当者を明確にし、引き続き内容の整備に取り組むことを期待する。 	

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。	b
	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"> ・2021(令和3)年度までは、アセスメントの様式が統一されていなかったが、2022(令和4)年の今年度より、食事、排泄、コミュニケーション、移動などの11領域・45項目の「日常生活聞き取りシート」を使用し、全員のアセスメントを実施している。 ・子どもの状態像を適切に評価するために、自閉症児の発達評価ツールである「太田ステージ評価」についての職員研修を行っている。肢体不自由児のなかで、知的な発達が緩やかに進む子どもについては、この太田ステージ評価を実施し、参考にしている。 ・「日常生活聞き取りシート」は、事業所の利用開始前に保護者が記入した内容をベースにして、担任職員と保護者で子どもの状況を共有しながら確認している。利用開始前、半年後、1年後でチェックの色を変え、子どもの状態像の変化が確認できるようにしている。 ・児童発達支援管理責任者は、その「日常生活聞き取りシート」の内容に基づき、担任職員とも相談しながら個別支援計画を作成している。子どもの状況に応じて、法人内の作業療法士や言語聴覚士に子どもの状況について見立ててもらい、助言を個別支援計画に反映させている。 ・2021(令和3)年度には十分に実施できなかった事例検討会を、2022(令和4)年度は実施することができている。非常勤職員も含めて全職員が事例検討会に参加し、関わりが難しい子どもの理解とその支援についての検討を行っている。なお、必要に応じて、法人の言語聴覚士から事前の情報提供を受けている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントシートとして使用している「日常生活聞き取りシート」は、保護者の視点からの子どもの状況の把握が中心となる様式である。個別支援計画の作成に際しては、担任職員や言語聴覚士などの専門職の意見を勘案し、計画作成に努めている。 ・しかし、保護者や専門職の意見を踏まえて事業所として捉えた子どもの姿の評価や、項目ごとの関連性を検討しながらニーズを整理して書かれているものがない。職員が支援につまずいたときに、立ち止まって振り返るためには、それらの2点は欠かせない。児童発達支援管理責任者や職員の頭にある知見を言語化し、視覚化していくための取り組みを行うことを期待する。 	

【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、半年ごとに見直しを行っている。 ・「保護者要望書」を配布して保護者の意向を確認し、併せて「日常生活状況聞き取りシート」を保護者に返却して、現在の子ども状況についてチェックをもらう。その結果などを確認しながら個別面談を行い、それに基づいて個別支援計画の見直しを行っている。 ・個別支援計画の取り組み状況や子どもの姿については連絡帳で毎回やり取りしているので、そのつど保護者の意見を確認することができる。半年ごとの見直しを待たずに、必要があれば、随時個別支援計画の見直しを行う。計画の変更があった場合は朝礼・終礼で共有している。 	

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)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、取り組みの内容や子どもの様子を写真、動画、文章で記録している。ケアラボでは写真や動画を随時掲載できるため、導入後は子どもの状況について具体的に共有できるようになった。 ・記録の内容は、職員を育成する意味合いも含めて、上位の職員との2名の目で内容の適切性について確認している。記録の書き方は、法人の権研修でも取り上げて、子どもや保護者を尊重した記録ができるように努めている。 ・ICTの活用が苦手な保護者については、利用開始時に職員と一緒に手続きを行っている。保護者の利用率は100%である。 ・職員間における子どもの状況の共有は、朝礼、昼礼、終礼で行っている。不参加であった職員は、子どもの状況を記録で確認している。 ・業務に関する情報については、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。	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)83.3% b)16.7% 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"> ・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、記録の保管、保存、管理、情報の提供が行われている。 ・インターネットを利用し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、管理者が責任者となって管理を行っている。 ・入職時の研修で個人情報保護について学んでもらっているが、書きかけの記録類が職員室の机の上に置かれていることもあるため、改善のために「職員ミーティング」で注意喚起を行った。 ・保護者に対しては、利用契約時に『ご利用案内』を用いて個人情報の取り扱いについて説明し、内容について理解してもらった上で「情報提供・開示に関する同意書」を取り交わしている。なお、当法人では写真や映像を活用した広報や情報共有に力を入れているため、改めて「写真の取り扱いについて』についても説明し、同意を得ている。 ・法人の管理のもとに利用者に関する記録の管理を行うとともに、職員会議で周知を行うなど、事業所内において記録の管理を徹底できるように努めている。 	

●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-1-1-1-① 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)83.3% b)16.7% 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ている支援観である「自立、尊厳、ハビリテーション」に則り、当事業所では子どものエンパワメントやストレングスを意識した個別支援を行うよう心がけている。その支援観は、毎年全職員対象の人権研修や新任職員研修で確認している。 ・また、当事業所では、厚生労働省が示す「児童発達支援ガイドライン」に基づいて支援を行っているが、ガイドラインの子どもの自己決定や子ども本人の尊重の考え方を重視している。 ・個別支援計画は、保護者の要望を確認し、作成している。なお、意思表示が難しい子どもの場合には、子どもの日頃の様子から意向を推察するように努めている。 ・遊びの選択や活動への参加については、子どもの自己決定を尊重している。自己選択が難しい子どもの支援には、遊びのなかに選択できる機会を提供し、子どもが自分で選んだり、意思を表明できるように取り組んでいる。 ・自己決定を促す場面では、写真、イラスト、体験など、それぞれの子どものに合った情報提供を行うように努めている。 	

A-1-2 権利擁護

【A2】A-1-2-1-① 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)66.7% b)0.0% c)33.3% 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」を活用して、職員が自分自身の関わりについて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、ファイリングされて職員室に置かれ、職員がいつでも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室に掲示し、虐待につながる関わりを防止するようにしている。職員による不適切な関わりや虐待については、事業所としての発見・対応のフロー図を職員室に掲示している。 ・当事業所では、子どもの名前の呼び方や関わり方について疑問が出され、職員ミーティングで検討を行った。また、虐待に関するニュース報道があった場合には職員ミーティングで取り上げ、他人事としてではなく自分の身に置き換えて考えるられるように、職員間で意見交換を行っている。ただし、そのような事業所内の取り組みが、法人の人権倫理委員会で行う取り組みと、職員全体としてつながっていないのではないかと、事業所では現状について捉えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日頃の支援の振り返りを、人権擁護や虐待防止の取り組みとつなげて捉えることが難しいと、事業所では捉えている。 ・子どもの理解、職員同士の関係性、そして職場環境等が、子どもへの不適切なケア、ひいては虐待につながっていくことを事例から学ぶとともに、日頃の支援を子どもの権利擁護の観点から振り返ることができるような取り組みを期待する。 	

A-2 生活支援

A-2-1(1) 支援の基本

【A3】A-2-1(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)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 ・法人の支援の考え方である「自立、尊厳、ハビリテーション」に基づき、当事業所では子どもの支援に努めている。その際には、就学をゴールにするのではなく、その後の子どもの生活、大人になってからの自立も見据えて、日々の支援プランに取り組むように心がけている。今できることを大切にしながら、スモールステップで次に進めるように考えている。当事業所には、子どもへの支援だけでなく、成人期の支援の経験がある職員もいるので、その知見を活かして、子どもの将来を見通した支援に努めている。 ・子どもの発達について法人でまとめた「小ざくら保育の道すじ」、厚生労働省の「児童発達支援ガイドライン」、太田ステージ評価の発達の指標などに基づいて、子どもの自立に向けて支援に取り組んでいる。</p>	

【A4】A-2-1(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)83.3% b)16.7% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・子どものコミュニケーションの状況については、受容、表出、理解、記憶、対人理解などの各側面からアセスメントを行っている。なお、それらについては「アセスメントシート」に記載している。 ・子どものコミュニケーションの状況についてのアセスメント結果に基づいて、子どもにとっての視覚的な手がかり、要求カード、絵カード、マカトン法のサイン、単語、文章、声の大きさ、ジェスチャーなどを、職員は子どもの状況に応じて工夫している。それらの方法は「共有シート」を活用して所属園とも支援内容を連携し、その結果、所属園でも「子どもが周囲とコミュニケーションできるようになった」「泣き止んだ子どもが、カードを使って気持ちを伝えられるようになった」などの成果が見られ、当事業所の取り組みが子どもの実生活で生かされるようになっている。 ・子どものコミュニケーション能力を向上させるためにソーシャル・スキル・トレーニング(SST)を実施し、そのなかで困る場面をつくって、子どもがその対処方法を学べるようにする取り組みを行っている。その際は、個別と集団のプログラムを関連させながら取り組んでいる。 ・これまで、当事業所ではスケジュールの視覚化や要求カード、マッチング等の取り組みを何気なくやってきたため、今年度からは一つひとつの取り組みの意味を再確認した上で、職員が意図的に取り組めるように配慮している。</p>	

【A5】A-2-1(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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)83.3% b)16.7% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・遊びのときに、職員と話す時間を設けている。登園後すぐに個別課題や集団のプログラムに取り組むのではなく、自由遊びの時間を設け、子どもの様子を見ながら職員から話しかけたり、話しやすい雰囲気づくりができるように心がけている。また、話したくて職員室に来る子どもも多くいるので、その際には職員は事務仕事の手を休め、子どもの話を聞くことを優先している。 ・プログラムに参加したくないという場合には、その気持ちを子どもから聞き取り、職員は本人の気持ちを尊重するようにしている。また、意思決定が難しい子どもについては、遊びの場面に選択の機会や発言の機会を多く取り入れるようにしている。 ・保護者からの相談は、ケアコラボの連絡帳のやり取り、送迎の引き継ぎ、個別懇談、家族見学週間などの場面で受け付け、対応している。</p>	

【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)50.0% b)16.7% c)0.0% 無回答)33.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別の課題には、個別支援計画に基づいて、個別・集団のプログラムを通じて取り組んでいる。 ・毎月の最終週には「お楽しみ活動」として、クッキング、野菜の苗植え、クリスマス会、夏祭りなど、普段の集団活動とは異なった、楽しめる活動を行っている。所属園の子ども同士の交流が難しく、行事参加ができない子どもにとって、子ども同士で楽しく交流できる機会になっている。 ・保護者が自力で送迎することが難しい場合には、送迎支援を行っている。保護者からの相談がないと実施されないため、送迎に課題を抱えていることで、保護者が当事業所の利用を避けていることも想定される。事業所としても、送迎車や運転手の手配など課題はあるが、次年度に向けて送迎支援の提供の幅を広げられるように取り組む予定である。 ・法人のフットサルの活動、周辺地域の子ども向けの活動、児島繊維祭りなどの地域のイベントなどがあるので、子どもが土日でも楽しく過ごし、さまざまな経験が積めるように、ケアコラボの掲示板や送迎時の情報提供に取り組んでいる。 ・事業所でも、家庭でも、土日も含めて子どもが日中を楽しく過ごせるように取り組んでいる。 	

【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)83.3% b)16.7% 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"> ・職員は、法人の児童支援関連の事業所で、子どもの発達や障害特性、発達検査について学んでいる。また、当事業所内でも職員研修会を毎月開催している。例えば「子どもとの関わりについて」というテーマで研修会を開催したときは、子どもの行動の捉え方や対応方法について、職員は事例から具体的に学んだ。また、当事業所では子どものスケジュールについて、職員が絵カードを使って視覚化していたが、その意味づけがあいまいな状況で取り組んでいたことから、事業所の研修会でそのことを取り上げて、スケジュールを可視化することの子どもにとっての意味を学び直している。 ・職員には、法人の言語聴覚士や作業療法士から事例を通して専門的な知識を学ぶ機会がある。 ・日々の昼礼・終礼の振り返りでは、職員間で意見交換を行って子どもの状況を共有し、子どもへの理解を深め、対応について工夫している。 ・利用者調査の関連項目では、職員の専門性に関して肯定率は高い。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行動障害のなどの個別の配慮が必要な子どもは現在はいないが、対応できる職員が限られている。また、強い制止、たたみかけるような声かけなどは、子どもによっては不適切な対応になる場合もあるが、個々の子どもに応じた適切な対応が職員間で共通化されていない。これまでの支援の意味の再確認や事例検討会など、改善に向けた取り組みは開始されたばかりであり、その成果はまだ表われていない。 ・職員の対応スキルの共通化と、全体的なスキルの底上げについて、今後も継続的に取り組むことを期待する。 	

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)50.0% b)16.7% c)0.0% 無回答)33.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の特長として、基本的には食事の提供は行わず(おやつ提供は行っている)、午前のコースと午後のコースに子どもをグループ分けしていることがある。 ・子どものアレルギーへの対応については、利用開始時に保護者から「アレルギー承諾書」を提出してもらい、それに基づいて「おやつ提供に関して」という書類で説明を行い、承諾を得ている。また「アレルギー承諾書」に保護者が記載した内容を参考にして「アレルギー確認票」を作成し、この確認票を適切な場所に掲示することで、おやつ準備・提供の際に職員が確認できるようにしている。 ・おやつは、甘いものや歯にたまるものは食べられない子どもがいるため、事前に製品名を一覧にし、そこから選ぶことができるよう配慮している。 ・子どもに偏食などがあって食生活に関して保護者が悩んだり、あるいは食事についての課題があり、相談が寄せられた場合には、職員は保護者と一緒に考えて、相談への対応と支援を行っている。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では栽培活動を取り入れ、曜日ごとのプランターで二十日大根の栽培を行っている。利用者調査では「野菜を植え、育てる活動などもあるので、子どもは楽しみにして通っている」というコメントがあるなど、栽培活動の取り組みに対して高い評価を得ている。 ・ケアコラボのコメント欄への保護者からの投稿に関しては、そのつど相談に応じ、保育園側にも聞き取りを行うなどして丁寧に対応している。 ・当事業所では入浴支援は行っていないが、保護者からの「子どもが入浴を嫌がる」という相談に対しては応じている。また、汗をかいたときは適切な清拭が行えるように、子どもには汗の拭き方を教えている。そのため、暑くなると保護者に対してタオルの持参を依頼している。 ・排泄の支援について、定時の排泄の場合は、自発的に行けるよう個々の排尿間隔や出やすい時間に合わせて誘いかけ、尿意を知らせるサインの習得など、子どもの状況に応じた支援を行っている。また、トイレの使い方を絵で示し、スリッパを置く位置もテープで囲むなど、視覚的に伝えられるように配慮している。子どもの「排便が出た・出ないカード」を貼り出すなど、職員間で共有するための取り組みも行われている。 ・上記のように、日常的な支援は、子どもの発達段階や家庭の状況に応じて支援を行っている。 ・なお、現状では移動・移乗の支援を必要とする子どもはいないが、希望があれば検討するとしている。 	

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)83.3% b)16.7% 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"> ・子どもが活動する部屋は、ガラス張りである。子どもたちが快適に過ごせるように、温度・湿度計を備えて調整している。部屋の窓には子どもたちが製作した季節の作品を貼り、道歩く人からもそれらの作品を見てもらえるようにしている。また、事業所の玄関には「児島ふれあいアート展」で受賞した「心に残ったで賞」の2022(令和4)年4月5日付の同実行委員会からの賞状が飾られている。 ・室内に置かれた家具や仕切りの角にはコーナーガードを取り付け、床の段差もなくして、子どもの安全・安心に配慮している。 ・療育室では、子ども一人ひとりの発達段階に応じた療育活動が、個別計画のもとに実施されている。 ・生活環境面は、子どもが目で見え理解できるように、さまざまな工夫をしている。子どもが生活や遊びに集中し、成功体験を重ねることが自信につながるとして、プレイエリアの部屋を仕切り、いろいろな玩具による遊び方もイラストを用いて図式化して示し、子どもの生活や遊びの環境を整えている。また、玩具、ゲーム、ままごと等の遊びで、大人や子どもが上手に関わり合うことを通じて、一緒に遊ぶ楽しさや余暇の過ごし方を伝えている。 ・勉強などについては、一対一で個別課題を行う部屋を別に設けるなどして、子どもが集中して取り組めるように配慮している。 ・自閉症スペクトラムなどの子どもの特性により、他の子どもに影響を及ぼすような場合には、カムダウンコーナー(気持ちを落ち着かせる場所)に子どもを誘い出し、集中を妨げないように配慮している。 ・利用者調査では「療育の開始前には、必ず室内の清掃や消毒などが行われているので、いつもきれいに整理されていて気持ちがいい」というコメントが寄せられている。 	

A-2-2(4) 機能訓練・生活訓練

【A10】A-2-2(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)83.3% b)16.7% c)0.0% 無回答)0.0%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の実施が必要な場合は、個別支援計画に盛り込んで取り組んでいる。子どもが他の療育機関やことばの教室等に通っている場合には、保護者にその取り組みについて確認し、必要に応じて事業所内のプログラムにも取り入れるなどしている。 ・月1～2回、法人の言語聴覚士や作業療法士が子どもの様子についてアセスメントし、個別課題や集団の取り組みのなかで当事業所の職員が支援に取り組めるように助言してもらっている。個別支援計画のモニタリング時には、専門職の意見も確認している。</p>	

A-2-2(5) 健康管理・医療的な支援

【A11】A-2-2(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)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 ・登園時、職員は保護者から子どもの家庭での様子や気になることなどを聞き取り、子どもの健康状態について把握・確認できるように努めている。なお、その際には、保護者の様子や表情なども確認している。 ・保護者には、子どもの食事・体温・排泄状況などについての情報を、連絡帳(ケアコラボ)に記入してもらっている。 ・当事業所には看護師は常駐していないが、子どもの体調変化などへの対応については、同法人内の他事業所の看護師とすぐ連絡が取れる体制となっている。 ・法人内の看護師連絡会を活用し、全職員を対象にして「感染症対策」「アレルギー対応」「嘔吐処理」などをテーマとする実技指導研修を実施している。</p>	

【A12】A-2-2(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、当事業所では医療的支援は行われていない。 ・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、本項目は「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。	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)0.0% b)33.3% c)16.7% 無回答)50.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・警察署の見学、地域のスーパーでの買い物などを行い、子どもの社会体験を支援している。 ・ダンス、ピアノ、スイミング、学習塾(公文式教室)などの習いごとをする子どもが多く、保護者は所属園の保護者同士の交流のなかから、そうした情報を得ている。そのため、事業所からは、あまり積極的には情報提供をしてはいない。 ・就学前の時期には、板書の書き写し、持ち物の揃え方、集団での学習など、学校生活に必要な力を練習するプログラムに取り組んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本評価項目については、職員自己評価の肯定率が低い。 ・交通ルールなどの社会生活上のルールのほか、図書館や公共交通機関(電車、バスなど)の利用方法について子どもに伝えたり、所属園の子どもが活用するような地域の学びの場を利用できるようにしていく取り組みは、児童発達支援事業所の役割である。職員は、事業所内の取り組みだけでなく、地域における子どもの学びにもさらに関心を向け、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。	b
	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)50.0% b)33.3% c)0.0% 無回答)16.7%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に対応している。これまで、就学までの流れは管理者しか知らなかったが、今年度からは職員の誰もが保護者からの相談に対応できるように、就学相談の流れ、学校見学、就学を考えるとときに大切にしたいこと等についての職員研修を実施している。 ・就学後は、必要に応じて「幼保小連携会議」に参加し、卒園児への支援を連携して行うようにしている。 ・児童発達支援センターへの移行、所属園への完全移行の場合は、園児状況表や引き継ぎ書を作成している。なお、日頃からの所属園訪問について、これまでは管理者のみが行ってきたが、所属園での子どもの日頃の生活を知っていることは支援を行う上で重要なことであると考え、今年度からは管理者と担任職員で訪問するようにした。今後は、さらに非常勤職員も訪問できるようにしたいと考えている。 ・卒園児には、法人事業である卒園児の交流の場(フレンドサークル、フットサルなど)、就学後のソーシャルスキルトレーニングの場(マロンクラブ)を紹介している。これまでは放課後等デイサービスを併せて事業展開していたが、当事業所における事業を終了し、他法人の事業所を紹介している。そのため、卒園後のフォローについては課題として認識している。 ・将来の生活に向けて、サポートブックの紹介やその作成支援を行っている。また、以前に保護者の協力のもとに作成した地域資源マップ(使いやすい歯科医院や床屋や遊び場など)が玄関の棚に置かれている。親子で参加できる地域のイベント、子どもの将来に関する学習会、長期休暇に利用できる事業・場所などの情報は、玄関の掲示板で知らせている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、子どもの就学に向けた支援や所属園との連携については職員全体で取り組んでいくことを方針として定め、その取り組みを始めたばかりである。 ・子どもの発達や地域生活を考えれば、事業所内のことだけでなく、子どもの現在および将来の地域生活について、職員全体で目を向けていくことは重要である。継続して取り組むことを期待する。 	

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)83.3% b)16.7% 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"> ・当事業所では、新規利用者については必ず家庭訪問を行っている。家庭の状況を確認し、家庭全体を支援できるように努めている。 ・子どもの状況や取り組みの様子は、送迎時やケアコラボの連絡帳で、保護者に対して日々伝えている。また、保護者からも家庭での子どもの様子や相談ごとなどを伝えてもらっている。ケアコラボでは、写真や動画などによ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。 ・当事業所では、定期的な個別面談、家族見学週間、保護者学習会が行われ、その他にも保護者からの相談に随時対応している。保護者からは、家庭での困りごとのほか、きょうだい児の発達や生活についての相談もある。職員は、必要に応じて家庭訪問も行っている。 ・利用者調査の結果を見ると、関連項目の肯定率は高い。所属園への訪問や医療機関との連携が行われていることも、保護者の安心につながっている。 ・保護者学習会、ペアレントトレーニングの実施など、保護者が主体的に子育てすることができるように、保護者に対する学びの場の提供も行っている。 ・連絡帳によるやり取りや個別面談など母親との関わりが中心であるが、就学時期などには必要に応じて父親の参加も依頼している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は、これまで保護者との関わりは正規職員が中心になって担ってきたが、今年度からは職員の誰もが保護者と対応することができるように変更している。保護者の視点から見れば、どの職員も同じ事業所の職員である。連絡帳への記入、個別面談や家庭訪問の実施も含めて、職員全体で家庭支援ができるように取り組むことを期待する。 	

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)83.3% b)16.7% 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"> ・子どもの発達に応じた支援を行うために、子どもの定型発達と障害、太田ステージ評価による発達検査について、法人の児童発達支援関連事業所で研修を行っている。法人では、子どもの発達の道すじを「小ざくらの道すじ」としてまとめているので、発達に応じた支援を考える際に活用している。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、参考にすることができる。遊びの研究を行い、子どもに応じた新しい遊びを追加している。 ・法人の言語聴覚士や作業療法士、主治医や療育機関の専門職から助言を得ながら、発達に即した支援となるように、個別や集団のプログラムに取り組んでいる。 ・子どもの発達状況のアセスメントは半年ごとに見直し、発達状況に応じた取り組みを行っている。 ・一日の支援の流れでは、個別活動、集団活動、自由遊びを組み合わせ、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「ケアコラボ」で保護者と共有し、家庭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やサービス担当者会議を行い、所属園と連携し、子どもの発達を支援している。 ・「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、関係機関と子どもの姿を共有しながら、発達課題に沿った支援を実施している。 	