

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：おうちだ	種別：児童発達支援／放課後等デイサービス	
代表者：篠原 みゆき（管理者）	定員（利用人数）：5名（1日あたり）	
所在地：岡山県岡山市北区撫川848		
TEL：086-238-1804	ホームページ： https://www.cumre.or.jp/	
【施設・事業所の概要】		
設立年月日：2022（令和4）年 4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：9名	非常勤職員：2名
専門職員	保育士：3名	理学療法士：1名
	看護師：3名	
施設・設備の概要	クラス〔活動室〕（44.80㎡：定員5名） 多目的ホール（92.15㎡） トイレ（4.56㎡）10カ所、エレベータ など	

③ 理念・基本方針

●理 念（法 人）

ともに育ち ともに生きる

●基本方針（法 人）

利用者満足

集う人の幸せ

強くしなやかな組織づくり

地域社会への貢献

④ 施設・事業所の特徴的な取組

障害の有無や年齢にかかわらず、子どもから高齢者までが、いきがいや役割を持って過ごせる地域づくり

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2023年11月 9日（事前説明日）～ 2024年3月11日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回

⑥ 総 評

◇特に評価の高い点

1. 専門職の活用を積極的に行い、幅広い視点からアセスメントや個別支援計画の作成・実施に取り組むとともに、支援に際しては個別支援計画の取り組みを明確化・可視化して確実な実施に努め、アセスメント・計画・支援・振り返りのサイクルを確実にしている

当事業所は主に重症心身障害を持つ子どもを対象とする就学前の児童発達支援事業を行うとともに就学後18歳までの放課後等デイサービスを実施し、利用する子どもの年齢層や状態像は幅広い。そのため、主治医やかかりつけの理学療法士のみならず、法人の看護師、栄養士、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士などの専門職を活用して、多面的な視点からのアセスメントに努め、アセスメントシートも子どもの状況に応じて見直しを重ねている。

事業所の職員は保育士、看護師、理学療法士で構成され、アセスメントから個別支援計画を作成する際には、児童発達支援管理責任者が保護者の要望と職員の意見を取りまとめて原案を作成し、全職員が集まる会議で検討している。

支援に際しては、毎朝のミーティングで、ホワイトボードを活用し、その日に利用する子どもの個別支援計画とプログラムにおける具体的な取り組み方法および留意点、その担当者を明確にして共有し、意図的な支援を行うように努めている。支援の実施内容は、写真や動画も活用し、その日のうちに支援経過記録（介護記録システム『ケアコラボ』）に記録され、保護者とも情報共有している。

子どもの状況や支援のあり方については、夕方または翌日のミーティングの場で共有して振り返りを行い、次の支援の内容につなげている。

必要に応じて法人内の専門職から助言を得て、その際には法人内で共有している支援経過記録を活用している。写真や動画により、リアルタイムに助言を得ることができている。

2. 季節の行事、アート、音楽、ソーシャルスキルズトレーニングなど多様なプログラムを実施し、子どもに応じた食事・排泄・入浴などの身の回りの支援を行っている

活動のプログラムは、年間計画に基づいて、月間計画は月担当の職員が立て、デイリープログラムはその日の主担当が実施計画を立てている。当事業所では、全職員が交代で、プログラムの作成と実施にかかわっている。プログラムの内容は、季節や地域の伝統行事に配慮して、子どもの意見も取り入れて決めている。季節の製作、絵画、音楽、散歩、買い物、公共交通機関を使った外出など幅広い。

食事、排泄、着脱、入浴などの身の回りの支援は、個別支援マニュアルに基づいて、子どもに応じて本人が自分でできることを増やしていけるように取り組んでいる。

食事については、栄養士や言語聴覚士のアセスメントに基づき、食形態を工夫している。また、理学療法士や作業療法士の動作分析に基づいて、食事や活動の際の姿勢、食事・着脱・活動時の手指操作の介助方法などについても子どもに応じて対応し、本人の自立を促せるように取り組んでいる。

職員は、当事業所の看護師や理学療法士から、子どもの身体の構造や姿勢の保持等についての研修を受け、自らのケアの知識とスキルの向上に努めている。当事業所には機械浴槽があつて、家庭での入浴介助が難しい子どもに対して入浴支援を提供している。子どもの状況に応じた身の回りの支援を行い、子どもの生活の自立に向けて取り組んでいる。

◇特に改善を求められる点

1. 事業所として目指すことを職員間で共有し、それに向けてより着実に取り組んでいくために、事業計画の内容の充実とその積極的な活用を図ることを期待する

事業計画を法人の全事業所共通の構成枠組みに整理し、3つの事業（共同生活援助、児童発達支援／放課後等デイサービス、生活介護）を多機能型事業所として一体的に定めている。

しかし、事業計画に関しては、以下の諸点に課題がある。

- ・法人の中期経営計画との整合性や関係性が事業計画から明確には読み取れない。
- ・事業所としての中・長期の目標・ビジョンや計画が明確ではない。
- ・多機能事業所として一体的に定めていることもあるため、当事業所として取り組む事項と多機能型として取り組む事項の峻別がしにくい。
- ・事業計画の記述内容から、例えば、当年度において重点的に認識している課題、力を入れること、各取り組みの内容、体制、実施時期・回数などが具体的に読み取りにくい。
- ・事業計画策定の過程に、職員参加の機会を明確には位置づけていない。
- ・事業計画の内容を職員が理解できるようにするための取り組みは、年度の途中の進捗状況の説明も含めて十分ではない。年度途中の説明資料（岡山エリアの「ありたい姿を具体化するために」）は事業の進捗や達成状況を明示しているものではない。
- ・利用者、家族、地域住民、関係機関等への事業計画の内容の周知の取り組みが十分ではない。

当事業所は開設後まだ数年という状況であり、事業所の目指すことを職員間で共有し、それに向けてより着実に取り組んでいくための手立ての一つとして、事業計画の内容の充実とその活用を図ることが望まれる。

それには、事業計画の記述内容が具体的でわかりやすく、かつ理解の促進や計画策定への職員参加の機会づくりなどの工夫が求められる。

また、事業計画は、利用者、家族、地域住民、関係機関等に対して事業所の課題の認識や取り組みについて表明できる重要なツールでもあり、その周知を図ることが重要である。もちろん、必ずしも計画そのものを配布する必要はなく、理解しやすくするための工夫や配慮も不可欠である。事業計画の内容充実とその積極的な活用を図るための取り組みを期待する。

2. 開設2年目を迎えるなか、多くの職員の退職により職員体制は不安定な状況が続いており、職員の定着に向けて「働きやすい職場づくり」を進めるよう、取り組みの強化が求められる

当事業所では開設年度に常勤職員が5名退職し、今年度の途中にも退職者が出ている。結果的に開設から2年弱の期間に職員の約半数が入れ替わる状況となっている。

法人が実施した昨年度の職員満足度調査では、新規採用が約半数を占めていた職員体制だけでなく、処遇・福利厚生に対する不満、職員間のコミュニケーションや連携の不足、体調不良などの不満要因を抽出して分析を行っているが、現在も職員体制は不安定な状況が続いている。

今回の第三者評価の職員自己評価では「人材の確保・育成ができていないように思えない」「退職者が多く、継続した支援が行えていないように思う」「職員が毎年度、がらっと変わる」などの意見が出ている。

事業所としても「職員の定着」を重要な課題の一つとして認識している。法人の関与のもと、要因の分析を含めて、働きやすい職場づくりに向けて取り組みの強化を図ることを期待する。

3. 年齢層や状態像の幅が広い子どもに対応するための環境の設定が不十分であることから、発達支援の実施やプライバシー保護の実現が難しい状況になっているため、今後に向け柔軟な思考で改善策を検討する必要がある

当事業所の活動室（クラス）は定員5名の広さであるが、個別対応を行うために同数の職員がいて、介助スペースと合わせて十分な広さがあるとは言えない。

また、座位・立位が難しく、年齢が高い子どもの排泄介助のためのスペースがトイレ内にないため、活動スペースのマット上の一角で衝立を用いて排泄介助を行っている。衛生管理の面からも、子どものプライバシー保護の観点からも、十分な排泄支援であると言い難くなっている。

個別の取り組みについては、机を壁に向けたり、それぞれの一角を使用したりするなどしていろいろ工夫を行っている。グループ活動は、活動室（クラス）が一つだけであるため、異年齢集団での活動を行っている。異年齢の子どもたちが、互いのかかわり合いのなかから学ぶこと、力をつけていくことはあるので、異年齢集団による活動は意味のある取り組みである。一方で、それぞれの年齢にふさわしい活動について配慮することも必要である。その場合は、活動室（クラス）一つだけでは足りず、複数の活動スペースが必要になる。

同じ敷地内の他の事業所との共用スペースの活用にはすでに取り組んでいるが、ホール、廊下、玄関フロア、活動終了後の生活介護事業のスペースなどの活用も柔軟に検討してみるとともに、地域の社会資源の活用、プライバシー保護のための簡易テントの活用など、さらに柔軟な思考によって、改善策を講じることが必要である。さらなる取り組みに期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業所を新設して2年目のこの時期に、第三者評価の受審と学びの場を得ることができ、有難く今回の評価結果を受けとめました。ただ、利用者（保護者）のアンケート調査の回収率が40%強と低かったことは残念でした。毎日の利用ということではないため、回答の期間がもう少し長ければよかったのではないかと思います。

評価結果の内容は、事業所が課題・問題として認識していたことと一致していたので、次年度に向けて改善を図っていきたいと考えます。特に、人材育成、チームワーク（コミュニケーション面）などの強化・改善が必要であると感じています。

また、多機能型事業所ということで、事業所内の各部署としてだけでなく「おうちだ」全体として利用者主体の改善を図ることと、事業所内のスペースや行事の持ち方、職員研修なども課題であると感じています。

次年度（2024年度）からの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改訂内容に基づいて、児童発達支援、放課後等デイサービス、重症心身障害児（医療的ケア児）の支援に求められていることを受けとめ、ガイドラインに沿って、職員の皆でサービスの質の向上に努めたいと思います。

⑧ 第三者評価結果

別紙（p.7～37）の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

● 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) 88.9% b) 0.0% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、地域と「ともに」という考え方を包含したもので、行動指針、基本方針、クムレ10の心得とともにホームページに明示している。 ・正職員と嘱託職員A(有期限雇用契約でフルタイム勤務の職員)にはブランドブック(組織の理念等を職員に理解・浸透させることを目的として配布している小冊子『クムレ10の心得』)を配布し、嘱託職員B(パートタイム職員)には名刺サイズのカードに理念等を記載して配布している。 ・法人が定めている新人職員に対するOJT(クムパートナー制度)で使用するチェック表の冒頭に、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。 ・新規採用時の研修はもとより、全職員対象に年度当初に「理念研修」を開催して法人の基本理念等の理解の浸透を図っている。 ・保護者に対しては「ご利用案内」の冒頭に基本理念と基本方針を掲載し、それを3月の次年度契約に向けて行う契約説明会で配布している。 	

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。	a
	b) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が把握されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 55.6% b) 22.2% c) 11.1% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業経営を取り巻く環境と経営状況の把握の取り組みは理事長および法人本部が中心となって行い、それを踏まえて役員会(理事以上)および経営会議(管理職以上)で法人全体の方向性を決定するしくみである。 ・法人では倉敷市、総社市、岡山市に事業所を置き、各事業所がそれぞれのサービスを提供するとともに、その所在地域によって「拠点」と称するグループ(昨年度は「5拠点1基地」体制)に区分し、拠点ごとにも事業計画を定めて事業展開してきたが、今年度は「拠点」を「エリア」に名称変更するとともに体制を再編した(クロスエリア、にじいろエリア、暮らす働くエリア、栗坂エリア、岡山エリア)。 ・各エリアにエリア長を置き、法人が把握した経営状況等はエリア長会議やエリア会議を通じて各事業所に周知されるとともに、各エリアでは管轄する各事業所の経営状況をエリア長会議やエリア会議などで共有して課題の抽出に努めている。 ・当事業所を含む多機能型事業所おうちだ(グループホーム、放課後等デイサービス、生活介護など)は単体で「岡山エリア」と位置づけられており、当事業所からは管理者が法人の経営会議に参加して事業所の状況を報告している。 ・事業所は2022(令和4)年4月に開設して2年目を迎えている。開設時の職員配置が手厚かったことで人件費比率が高く、利用者を増やして収入を増加させることが重要課題となっている。また、制度改正による報酬加算に関する情報も重要で、それについては法人本部から事業所に対して情報が提供されている。 	

【3】I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。		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) 33.3% b) 44.4% c) 11.1% 無回答) 11.1% 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主導し経営会議等で共有された経営課題と取り組みの方針に基づき、エリア体制のなかでエリアごとの取り組み（地域貢献活動など）や各事業所でのサービス提供を行うしくみである。 ・当事業所が所属する岡山エリアでは、毎月開催するエリア会議で、①公益的な取り組み、②おうちだ内各事業所の実績（職員の状況、収支状況、備品、支援、ヒヤリ・リスクなど）に関して情報共有するとともに、課題解決の取り組みについて協議している。 ・当事業所では、管理者が経営会議などにおける協議内容を踏まえて、職員に対して「人件費比率が高く、利用者の確保が重要であること」「おうちだ内事業所間の職員の応援体制の必要性」などについて伝達している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人主導による経営状況の分析と、それに基づく取り組みの体制は整備されているが、今回の第三者評価におけるこの項目に関する職員自己評価では、上記の通りに「a」評価とした職員の割合は33.8%であった。 ・より具体的には「現状分析に基づき、具体的な課題や問題点を明らかにしている」に関する肯定的な回答の割合は22.2%、「経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している」に関する肯定的な回答の割合も22.2%、「経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている」に関する肯定的な回答の割合は11.1%であった。 ・状況に応じた適切な周知のあり方の検討を期待する。 	

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・長期の事業計画または中・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) 77.8% b) 0.0% c) 11.1% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では「クムレ中期経営計画2025」を策定している。中期経営計画では「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、それぞれ具体的な取り組みを明示している。 ・中期経営計画は、経営会議で必要に応じて見直している。事業実施体制を新たにエリア体制に再編して「クムレのありたい姿」(ビジョン)の実現に向けて計画的に取り組むしくみを整えている。 ・中期経営計画は、全職員対象の理念研修(4月1日実施)においてその内容を説明し、この研修に参加できなかった職員に対しては動画で説明している。 ・なお、当事業所の中・長期的な目標(ビジョン)や計画は明確ではない。法人の計画とリンクさせながら、事業所の経営や提供するサービスを具体的に展望し、計画化することは事業所の運営上、重要である。事業所としても検討を行うことを期待する。 	

【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) 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	b
	b) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度の計画は、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) 55.6% b) 11.1% c) 11.1% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「ぐみし中期経営計画2025」を踏まえて、各エリア、各事業所で単年度の事業計画を策定している。 ・単年度の事業計画は、全事業所において共通のフォーマット(枠組み)として「1. 事業所のありたい姿」「2. 目標利用者数・収入」「3. 利用者支援の充実」「4. 域共生社会づくりに向けた取り組み」「5. 業務改善および運営基盤の確立」「6. 設備投資計画」などの項目で構成されている。 ・当事業所の事業計画は「多機能型事業所おうちだ」として一体的に定められている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の中期経営計画と事業計画の整合性や関係性は、明確には読み取れない。 ・多機能事業所として取り組む事項と、当事業所に該当する事項が峻別しにくい上、抽象的な記述内容が見受けられ、当事業所における重点的な課題や取り組み、各取り組みの内容、体制、時期などを具体的に読み取ることは難しい。 ・職員自己評価での肯定的な回答の割合は「実行可能な具体的な内容となっている」33.3%、「単なる『行事計画』になっていない」22.2%、「実施状況の評価を行える内容となっている」22.2%であった。 ・事業計画は、所属している職員はもとより、利用者・家族や地域関係者も含めて、当該年度に取り組むべき課題や取り組みを共有するための重要なツールである。それゆえに、記述内容はできる限りわかりやすく、具体的であることが求められる。改善の取り組みに期待する。 	

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、また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) 33.3% b) 55.6% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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って岡山エリアのエリア長(併設のグループホームの管理者が兼務)が策定している。 ・事業計画の職員への周知の取り組みについては、エリア長が4月の職員会議で説明するとともに、年度途中に進捗状況を説明している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の策定過程において、職員参加の機会が位置づけられていない。 ・事業計画の内容は、年度当初に職員に対して説明しているものの、それ以外に事業計画を活用する機会がない。 ・年度途中の職員への説明資料(『ありたい姿を実現するために』)は、写真や絵を用いて、A4判1枚で見やすくするための工夫に努めているが、その内容は当該年度の事業の進捗や達成状況を明示しているものではない。 ・職員自己評価では、上記の通りに「a」評価は33.3%であった。より具体的には「職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている」が33.3%、「あらかじめ定められた時期、手順に基づいて把握されている」は11.1%、「あらかじめ定められた時期、手順に基づいて評価されている」33.3%、「事業計画の見直しを行っている」33.3%、「職員に周知されており、理解を促すための取組を行っている」44.4%であった。職員の理解や関心が浸透していない状況が伺われる。改善の取り組みを期待する。 	

【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。	C
	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) 44.4% b) 33.3% c) 11.1% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画を利用者や家族に周知していない。 ・事業所として当該年度に何を指し、どのように取り組もうとしているのかなどの情報は、保護者の理解を促すことや、保護者と事業所との信頼関係をより高める上で重要なことである。 ・事業計画について、わかりやすく周知するための方法の工夫や、資料内容の表現の工夫も含めて、その検討と取り組みの具体化を図ることを期待する。 	

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) 55.6% b) 22.2% c) 0.0% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの質の向上は、法人の「中期経営計画2025」の重点方針の一つとして位置づけられ、福祉サービス第三者評価を活用すること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などが明示されている。 ・法人は、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している。 ・当事業所の第三者評価の受審は今回が初めてである。 ・事業所では、毎年度「放課後等デイサービスガイドライン」(厚生労働省)に基づく「事業者向け放課後等デイサービス自己評価表」と「保護者等向け放課後等デイサービス評価表」による評価を実施している。事業者向けの自己評価については、全職員に自己評価を行わせてその結果を集約している。また、保護者向けの評価結果とともに、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"> ・法人として第三者評価を計画的に受審し、サービスの質の向上を図る体制を整えているが、当事業所では第三者評価の受審は今回が初めてであり、質の向上のための組織的な対応に関する体制の整備は今後の課題である。 ・当事業所では、厚生労働省のガイドラインに基づく自己評価と保護者による評価を実施しているが、評価結果を事業所内で組織的に分析・検討する体制は十分ではない。 ・サービスの質の向上に向けた組織的な体制やしきみの確立が求められる。さらなる取り組みを行うことを期待する。 	

【9】I-4-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		評価
判断基準	a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	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) 66.7% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、経営する事業所に対して計画的に福祉サービス第三者評価を受審させ、受審した事業所では、その結果を踏まえた改善計画を作成し、法人主催の報告会(役員や全事業所の多くの職員が参加)で発表している。 ・当事業所の第三者評価の受審は今回が初めてであるため、評価の受審結果を踏まえて今後の改善につなげたいとしている。 ・当事業所では、毎年度「放課後等デイサービスガイドライン」(厚生労働省)に基づく「事業者向け放課後等デイサービス自己評価表」と「保護者等向け放課後等デイサービス評価表」による評価を実施し、評価結果を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"> ・厚生労働省のガイドラインに基づく評価結果を分析した結果や、改善策の具体化の過程において、職員による協議や文書化・計画化など、組織的に改善策を具体化させるしくみや体制について、現状では十分ではない。 ・第三者評価の受審は初めてであり、その結果を踏まえた改善の取り組みにおいては、改善計画の作成や担当体制など、しくみの整備が求められる。組織的かつ計画的にしくみづくりを進めることを期待する。 	

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) 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) 44.4% b) 33.3% c) 11.1% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では管理者の権限を職務権限規程、職制規程、組織規程で定めている。 ・管理者は児童発達支援管理責任者とともに事業所の開設2年目にあたる2023(令和5)年4月に法人内他事業所からの異動で着任し、同じ建物内にある生活介護事業所の管理者を兼務している。 ・管理者は自らの責務として事業収入の確保、働きやすい職場や環境づくり、職員育成に努めることを重要と考え、児童発達支援管理責任者と協議しながら職責を果たそうとしている。 ・管理者として法人の経営会議や管理者会議に参加して法人の方針等を把握し、必要に応じて職員に情報提供している。 ・同じ建物内の生活介護事業所の管理者を兼務していることもあって基本的にはサービス面は児童発達支援管理責任者に任せ、自らは主に人事や管理的な業務を担うこととしている。 ・有事の権限委任等は明文化していないものの、当事業所の児童発達支援管理責任者、エリア長(同じ建物内のグループホームの管理者を兼務)、同じ建物内の生活介護事業所のサービス管理責任者がいることから事実上の共同体制となっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は自らの役割と責任に関して職員に対し特段に説明するような機会を設けていない。 ・「おうちだ分掌・担当表」で年度ごとに岡山エリア(おうちだ)内での業務分担(物品管理・注文、建物管理など)を定めているが、管理者の役割や責任を定めたものはない。 ・この項目に関する職員自己評価では、肯定的な回答の割合は全体的に低位であった。管理者の役割と責任の明示は職員との信頼関係の基盤として重要であり、より明確な明示と表明が望まれる。さらなる取り組みを期待する。 	

【11】Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b
	b) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 44.4% b) 33.3% c) 0.0% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人ha法令遵守規程を定め、全ての役職者が法令遵守する旨を規定している。 ・管理者は、関係機関による研修、法人内の会議や研修等への参加を通じて法令等の最新情報の把握と理解に努め、疑問が生じた場合には法人本部や行政に確認し、業務を遂行している。また、行政による実地指導の際には改善事項をまとめ、職員に知らせている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価の各項目に関する肯定的な回答の割合は「環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、それらを正しく理解するための取組を行っている」が22.2%で、「職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている」は33.3%であった。 ・管理者に対しては、事業所として遵守すべき法令に関する理解を深めることとともに、同様の理解を職員に周知する取り組みや、そのためのしくみづくりを行うことが求められる。さらなる取組みを期待する。 	

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。	b
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、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) 44.4% b) 22.2% c) 22.2% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、当事業所のサービスの質に関して「知識や技術のばらつきは認められるものの、職員は親身になって子どもの支援に向き合っている」と評価している。 ・一方で、障害特性や定型発達についての職員の理解を促進する取り組みや、18歳の子どもの利用があることなど、事業所の現状に応じて、より一層のサービスの向上を目指して取り組むことが重要であると考えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者に対しては、自事業所のサービスの質の現状と課題に関する評価や分析のもと、業務の標準化や研修の充実などを図るための体制づくりにおいて指導力を発揮することが求められる。 ・職員の意見を丁寧に集約することも含めて、さらなる取組みを進めることを期待する。 	

【13】Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 33.3% b) 44.4% c) 0.0% 無回答) 22.2% 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うしくみであり、基本的に管理者は人事や労務等に直接には関与しない。 ・管理者は、状況に応じて、同じ建物内の生活介護事業所に対して特定の時間帯に当事業所の職員を応援要員として入れるなどの調整を行っている。 ・職員の負担を軽減するため、残業は行わないように働きかけたり、職員からの要望に応じて必要な物品を購入し、業務の効率化を進めるなど、工夫に努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この項目に関する職員自己評価では、上記の通りに「a」評価とした職員の割合は33.3%であった。 ・管理者として関与できる範囲内において業務改善に努めているが、収支状況を改善し、経営の安定化を図りながら、職員の働きやすい環境づくりができるように、さらに指導力を発揮することが望まれる。 	

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) 0.0% b) 77.8% c) 0.0% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・正職員と嘱託職員Aの採用は法人本部が担当し、ホームページによるPR、説明会の開催、職業斡旋企業の利用、職員による紹介制度の利用などに取り組んでいるものの、採用には苦慮している。なお、2023年度からは、嘱託職員Aには処遇改善として賞与を支給している。 ・事業所を開設した2022(令和4)年4月は、法人内の他事業所から異動してきた職員と新規採用の職員の割合は約半々であったが、採用した職員のうち、これまでに複数名の退職者があった。また、初年度に比べて、2年目の今年度は正職員の割合が少なくなっている。 ・職員の状況は経営会議などで情報共有し、次年度において退職などによる欠員が見込まれる場合は法人本部に書面で報告を行い、人員の補充を要請している。なお、年度途中であれば、口頭で法人本部に報告し、指示を仰ぐしくみとなっている。 <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やしくみを整備してきているが、当事業所においては開設2年目である今年度までに新規採用の正職員が複数退職し、全体の半数近くの人員が入れ替わっている。 ・職員自己評価では、上記の通りに「a」評価は0.0%である。また「b」評価は77.8%であった。退職による職員の入れ替わりが多かったこともあって、多くの職員は「取りみが十分ではない」と考えている。 ・結果的に、新規採用した職員の多くが退職していることから、今後において職員の定着をどのように図るかが課題となっている。要因の分析を含めて、改善に向けた取り組みを行うよう期待する。 	

【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) 22.2% b) 44.4% c) 11.1% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「キャリアパス対応人事処遇制度」「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」で構成する「キャリアパスのしくみ」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)を明示している。また、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、所定のシートを用いて、年度の5月に「目標設定面接」を、10月に「中間面接」を、そして3月に「期末評価面接」を実施し、4月にフィードバックを行うしくみとしている。 ・それらの取り組みは「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も「期待する職員像」を明示し、職員に対して配布している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として人事管理のしくみを整備しているものの、職員自己評価では、上記の通りに「a」評価は22.2%であった。より具体的には「期待する職員像等の明確化」や「人事基準の職員等への周知」など、ほぼ全項目において、肯定的な回答の割合は非常に低かった。多くの職員が、取り組みが十分ではないと考えていることから、その対応が求められている。 ・ここ数年は、職制の見直しや専門職の増加などの変化に対して、キャリアパスしくみを変更することが追いついていない状況がある。実情に応じた改善を図ることを期待する。 	

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) 44.4% b) 33.3% c) 11.1% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は勤怠管理を電子化し、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することができる。 ・職員との面談の機会については、新任職員にあっては「クムパートナー制度」(当法人のOJTのしくみ)におけるクムパートナーとの日常的なやりとりがある。また、人事考課面接も実施しているので、それらの機会に職員の意向の把握に努めている。また、法人としてハラスメントに関する相談窓口を設置するとともに、法律事務所への公益通報のしくみを整備している。 ・法人は、毎年度「職員満足度調査」を実施し、エリアごとに調査結果のフィードバックを行っている。 ・福利厚生制度は、ソウェルクラブ(社会福祉法人「福利厚生センター」)および岡山県民間社会福祉従事者育成制度(岡山県社会福祉協議会)に入会している。そのほかに職員互助会があり、研修旅行も実施している。当法人の職員向けの企業主導型保育所も設置している。 ・法人は、全国健康保険協会岡山支部の「健活企業」のほか、岡山県の「おかやま☆フクシ・カイゴ職場すまいる宣言」を行った団体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"> ・法人として職員の意向を把握するためのしくみや働きやすい職場づくりを目指すしくみを整備している。当事業所でも「働きやすい職場づくり」と職員への定着を重要な課題と位置付けている。 ・現在フィードバックされている職員満足度調査は昨年度の職員によるもので、約半数は退職などで入れ替わっているものの、事業所では改めて職員の意向把握と話し合いが必要と考えている。職員意向の丁寧な把握と改善に向けた取組を期待する。 	

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) 55.6% b) 33.3% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員に配布しているブランドブックに「期待する職員像」を明示している。 ・法人として「キャリアパスのしくみ」の一つとして正職員を対象とした「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、職位に応じて一人ひとりの職員が上司との面接を経て、業務上の重点課題と目標、能力開発の目標などを設定し(5月)、中間面接(10月)と期末面接(3月)を経て、その遂行度・達成度を評価・決定するしくみである。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として目標管理のしくみを整えているが、ここ数年のうちに職制の見直しを行ってきたため、キャリアパスのしくみの変更が追いついていないという状況がある。 ・早期に改善を図るように取り組むことを期待する。 	

【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) 55.6% b) 33.3% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は「キャリアパスのしくみ」の一つとして「キャリアアップ支援の職員研修体系」を整備している。 ・職員研修体系において、OJTは新任職員の早期育成を目的とする「クムパートナー制度」によって取り組んでいる。これは、主に新任職員を個別に担当する先輩職員である「クムパートナー」を任命し、社会人・職業人としての職員育成を図ろうとする取り組みである。なお、OFF-JTとしては、法人による研修(常勤職員対象の「階層別研修」など)、エリア単位の研修、外部の研修機関による研修などがある。 ・法人では、2022年度に『支援のあり方ブック』(クムレ・メソッド)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、全職員に配布した。 ・当事業所を含む「おうちだ」内の各事業に共通の「おうちだ研修計画」を作成して「感染症」(感染症委員会が所管)や「救急法」などのテーマで全職員を対象に研修を行っている。なお、臨機応変に行われる看護師による「アレルギー」に関する研修などもある。また、動画視聴による研修も取り入れ、夜勤の時間帯などにも視聴できるようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今年度の岡山エリアの研修計画は、暫定的に策定したものであるため、内容の充実を図る必要がある。 ・職員会議内で計画していた研修は、職員の退職などによって計画通りに実施できず、臨機応変に実施している状況である。事業所の現状と職員の研修ニーズに応じた研修計画を策定し、その確実な実施を図ることを期待する。 	

【19】Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		評価
判断基準	a)職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	b
	b)職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c)職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 44.4% b) 33.3% c) 0.0% 無回答) 22.2% 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」によってOJTの実施体制を整備している。当事業所でも、非常勤職員も含めて全職員に対してそれぞれパートナーをつけている。また、新人職員に対しては、クムパートナーが法人が定めたOJTチェックリストに沿って個別的に指導を行っている。 ・法人の階層別研修は、対象者が明確にされている。さらに、非常勤職員(嘱託職員)を含む全職員を対象とした研修(理念研修)や、嘱託・中途正規職員を対象とした研修も実施している。勤務時間の都合等で受講できない職員に対する配慮として、必要な研修を動画視聴によって受講できるようにしている。 ・職員が業務に必要な資格を取得することを奨励している。資格試験の受験費用や資格更新費用の助成を行っている。 ・当事業所では、行政や医療機関などが開催する外部研修についての情報を職員に周知し、希望に応じて参加させている。なお、参加した研修については、基本的に職員会議で報告することとしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、上記の通りに「a」評価とした職員は44.4%であった。より具体的には「個別の職員の状況等の把握」「職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修の実施」「職員一人ひとりが教育・研修の場に参加できるようにするための配慮」などの項目について、肯定的な回答の割合は半数に満たなかった。 ・利用者である子どもたちの障害特性を学ぶための研修の機会を職員に提供したり、個々の職員の知識を深めるための研修ニーズに応えることは、事業所として重要な取り組みである。より丁寧に職員の研修ニーズを把握し、職員一人ひとりに対して研修の機会を適切に提供していく必要がある。 	

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。	c
	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) 33.3% b) 11.1% c) 22.2% 無回答) 33.3% であった。</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生の受け入れは現状として行っていない。また、当面のところ、受け入れを行う予定もない。 ・しかし、実習生の受け入れは、福祉事業所を支える将来の専門職を養成するという意味で、当事業所としても重要な取り組みである。おうちだ内の他の事業所とも連携を図りながら、当事業所の特徴や役割を明確にしていくなかで、実習生の受け入れの持つ意味や位置づけなどについて検討し、より積極的に受け入れ体制の整備を進めるように取り組むことを期待する。 	

Ⅱ－3 運営の透明性の確保

Ⅱ－3－(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

【21】Ⅱ－3－(1)－① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	b
	b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 66.7% b) 22.2% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 電子情報による情報公開については、法人の広報メディア委員会が所管し、ホームページ、SNS(Instagram)などを活用して情報発信を行っている。 ホームページについては、2023年12月初旬に抜本的な刷新を行い、法人概要、事業所案内、ボランティア募集、採用情報、情報公開(財務情報、第三者評価の受審結果、事業報告、自己評価結果など)などの項目に分類し、よりわかりやすい公表となるように努めている。 印刷物としては、法人の広報誌『くもしだより ふれあい』を年3～4回発行し(約1,000部)、保護者などに配布している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 当事業所では、法人の運営するSNS(Instagram)を通じて事業所情報を月1回更新するルールを定め、担当者を決めて取り組んでいるが、計画的な情報発信としては行えていない。2023年12月に刷新されたホームページでも、当事業所の取り組みについては明確には把握できない。 法人においても、また業所においても、苦情・相談の体制やその対応の状況に関する情報公開は行っていない。 適切な情報公開のあり方について検討を行い、さらなる取り組みの強化を図ることを期待する。 	

【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) 66.7% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人では経理規程等を定め、出納、財務、物品購入や設備工事の契約額に応じた決裁区分、経理上の基準などを決めている。また、職制規程、決裁権限一覧表によって職位ごとの権限の範囲を明示するなど、適切な経理事務を実施できるように努めている。 上記の各規定は「規程集」としてファイルに綴じ込み、事務所内に置いている。当事業所の職員は、必要な場合にそのファイルを閲覧することができるようになっている。 物品購入に関する権限は、当事業所においては5万円以内としている。5万円を超える場合には、法人の稟議にかけなければならない。さらに、30万円を超える場合は、役員会による了承を必要とするルールとしている。 法人は、必要に応じて顧問弁護士による専門的な支援を受けている。 	

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) 55.6% b) 22.2% c) 0.0% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・おうちだ全体の取り組みとして、地域住民も参加する炊き出し訓練を実施している(防災マルシェ)。また、敷地内で野菜などの販売を行ったり(きびきびマルシェ)、地域のイベント(まちかど博物館)への参加にも取り組んでいる。敷地内の野菜の販売では、一部の子どもと保護者が、店番と販売の役割で参加する場合もある。 ・当事業所では、仕事につながる活動(お仕事プロジェクト)として位置づけられている袋詰め作業を行ったり、買い物のために地域に出かける取り組みなどがある。 ・支援経過記録(ケアコラボ)で重度心身障害児が参加できる他事業所や小中学校区でのイベントの情報を提供している。</p> <p>■ 改善課題 ・利用者である子どもと保護者の居住する地域はそれぞれであり、利用日数も児童発達支援の場合には週1回程度という状況である。そのなかで、当事業所として、子どもや保護者が地域とどのようにかわるかを考えたり、地域でどのような役割を果たしていくかなどの方針を検討する取り組みを行うように期待する。</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) 44.4% b) 22.2% c) 0.0% 無回答) 33.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人では「くみしいききポイント」として、法人内の事業所でボランティアに携わった活動者に対し、実績に応じて法人内事業所が製作・販売している商品と交換できるポイント制度を実施している。当事業所を含む「おうちだ」も、くみしいききポイント制度の受け入れ事業所の一つになっている。 ・おうちだでは、イベント実施の際に、単発的ながら学生ボランティアが参加している。</p> <p>■ 改善課題 ・法人によるボランティア受け入れ事業所の一つに位置づけられているものの、当事業所だけでなく「おうちだ」の全体でも、イベント実施の際の単発的なボランティア活動が中心であり、それ以外のボランティアの受け入れ実績は、ほほない。 ・当事業所では、利用者の子どものなかには高校生や会話できる子どももいることから、学生ボランティアの受け入れには積極的に取り組みたいとの意向があり、そのなかで管理者は「福祉系大学の学生ボランティアなどに働きかけたい」としている。 ・当事業所においてボランティアをどのように位置づけ、具体的にどのような活動に協力してもらうかについては、まだ明確にされていない。ボランティア受け入れに関する方針の検討と、受け入れの具体化を期待する。</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) 66.7% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所と関係する機関は、市役所、特別支援学校、病院、訪問看護ステーション、相談支援事業所、他の日中一時支援事業所などである。 ・特別支援学校からの要請に基づき、同校に通う生徒に対する支援の関係機関の集まる会議が2カ月ごとに開催されている。主に児童発達支援管理責任者が参加している。 ・市の自立支援協議会が企画して、市内で医療的ケア児の支援を行う事業所の集まる会議が近く開催されることになっていることから、当事業所もこの会議に参加する予定である。 ・これらの関係機関とのかかわりの状況については、個々の子どもの支援に関する検討を行うなかで、また職員会議のなかでも必要に応じて情報共有されている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新たに自立支援協議会の会議に参加することが、当事業所と関係機関との連携がさらに広がる契機となることが期待されているが、法人の内外を問わず、社会資源の新たな開発と連携の強化を目指して、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) 44.4% b) 22.2% c) 11.1% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の方針としてエリアを基礎単位として地域貢献活動に取り組んでいる。おうちだ立ち上げの準備段階では、設立準備を進めていた職員をメンバーとする「おうちだ街づくり隊」を立ち上げ、地域住民との意見交換の機会を設けて地域の福祉ニーズの把握に努めてきた。 ・法人のエリア長会議で、各エリアの地域貢献活動の取り組み状況について共有している。岡山エリア(おうちだ)では「地域推進プロジェクト」を発足させ、隔月に開催し、エリア内で取り組む地域貢献活動に関して事業所間の役割分担を決めるとともに、各活動の進捗状況について情報共有を行っている。 ・具体的には、おうちだ内の全事業所が協力して取り組む「まちかど博物館」(地域住民によるイベント)への参加や「きびきびマルシェ」(野菜などの販売)などに取り組む、それぞれの活動による地域住民との交流を通じて、地域ニーズに関する情報を得ている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域貢献活動の推進は法人の主要な方針の一つであり、その方針に則って、おうちだ発足の当時には「おうちだ街づくり隊」の取り組みなどによって積極的に地域の福祉ニーズの把握に努めていた。しかし、現在は「おうちだ街づくり隊」の取り組みは事実上は休止している。諸活動においても、必ずしも主体的に地域の福祉ニーズや生活課題について把握しているとは言えない。 ・改めて地域貢献活動の充実に向け、地域の福祉ニーズや生活ニーズを把握する取り組みの充実を図ることを期待する。 	

【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					
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="81 215 1358 264">判断基準</td> <td data-bbox="1358 215 1509 264">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。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="81 264 1358 313">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。</td> <td data-bbox="1358 264 1509 313" rowspan="3">b</td> </tr> <tr> <td data-bbox="81 313 1358 360">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。</td> </tr> </table>	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) 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。	b	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。	
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) 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。	b					
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。						
<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 66.7% b) 22.2% c) 0.0% 無回答) 11.1% 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、エリアを基礎単位として地域貢献活動に取り組み、法人のエリア長会議で各エリアの地域貢献活動の取り組み状況について共有している。 ・岡山エリア(おうちだ)では「地域推進プロジェクト」を隔月開催し、エリア内の地域貢献活動の進捗状況を共有している。 ・具体的には、おうちだ内の全事業所が協力して取り組む「まちかど博物館」(地域住民によるイベントへの参加・協力)、「きびきびマルシェ」(野菜などの販売)のほか、各事業所で役割分担し、当事業所では「おうちだクラブ」(発達障害児に関するソーシャルスキルズトレーニングの勉強会)や「ぱんだひろば」(発達が気になる未就学児を対象とする発達相談や遊びの場の提供)の開催などを行い、グループホームでは「多目的ホールの貸出し」「地域清掃への参加」に取り組んでいる。また、生活介護では「古紙回収」や「フレイル体操」を行っている。 ・上記のほか、建物内のコミュニティルーム、スヌーズレンタルームの貸出しにも取り組んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の方針に則って、エリアとして地域貢献活動に取り組んでいる。しかし、活動の多くは事業所の敷地内や建物内の催しに地域住民の参加を促す取り組みにとどまり、地域の自主防災組織との連携も今後の課題となっている。 ・岡山エリア(おうちだ)全体として、地域とどのような関係を構築していくのか検討する必要がある。継続的に地域に対して働きかける取り組みなども含めて、積極的な活動を実施していくことを期待する。 						

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

【28】Ⅲ-1-(1)-① 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					
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="81 1227 1358 1288">判断基準</td> <td data-bbox="1358 1227 1509 1288">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。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="81 1288 1358 1348">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。</td> <td data-bbox="1358 1288 1509 1348" rowspan="2">a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="81 1348 1358 1400">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。</td> </tr> </table>	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) 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。	a	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。	
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) 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。	a					
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。						
<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 77.8% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者を尊重する当事業所の姿勢の理解を促すための取り組みとして、法人は、まず職員の入職時に理念研修を実施して「ともに育ち ともに生きる」や「自立、尊厳、ハビリテーション」を新任職員に伝えている。また、毎年4月、各エリアでは「人権倫理委員会」の主催により、非常勤職員も含めた全職員を対象とする研修会を実施し、職員間の意見交換の機会として活用している。 ・「岡山エリア」として、人権倫理委員会(虐待防止・身体拘束対策検討委員会)を月1回開催している。 ・また、職員会議では『クムレ10の心得』を唱和し、各職員の支援について気になったことなどを話題にしている。また、個別支援計画の作成時にも、人権や身体拘束について話し合う機会をつくることに意識的に取り組み、計画の内容に反映させている。 						

【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) 88.9% b) 0.0% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「個人情報保護規程」を定めて法人のホームページに掲載しているほか、当事業所の重要事項説明書には「守秘義務について」の項目を設けている。また「ご利用案内」にも個人情報の取り扱いについて記載し、利用契約時に配布して説明している。 ・保護者と事業所が情報共有するためのインターネットのアプリケーションとして介護記録システム「ケアコロボ」を導入したため、利用者等の写真や動画などの個人情報の保護についても徹底することを期している。 ・利用者のプライバシー保護の観点から、活動の場に設置しているトイレや入浴を介助する際にはドアの開閉を励行するとともに、目隠しのための衝立を活用している。 ・男性職員は1名のみで、非常勤としての採用である。そのため、同姓介助を行うことが困難な場合があり、そのような場合には利用者が希望する女性職員が介助を担当することになっている。 <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プライバシーに焦点を当てた「規程」はない。「個人情報保護」と「守秘義務」に関する規程があるにとどまる。職員の支援上の課題の明確化を図り、利用者・家族のプライバシー保護を確実に実行できるように取り組むことを期待する。 ・当事業所には同姓介助についての規程などはなく、また現状では男子職員は非常勤として1名だけの配置であることから、取り組みの徹底は難しい状況である。至急に検討する必要がある。 	

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。	b
	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) 77.8% b) 0.0% c) 0.0% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の情報は、法人のホームページやSNSで発信している。SNSの担当者が、当事業所の活動の様子を毎月1回は発信することができるように努めている。 ・事業所単独のリーフレットを作成し、当事業所の支援の方針、サービス内容、定員、日課などについて説明している。また、支援の特徴を写真とともに短いコメントで紹介している。児童発達支援では新規契約者の受け入れが可能のため、リーフレットを相談支援事業所や保健センターに配布し、積極的に事業所情報を提供するようにしている。一方、放課後等デイサービスについては待機者が多いため、現在は積極的な情報提供は行っていない。 ・見学の際には、利用を予定する親子で参加するようしてもらい、当事業所の管理者または児童発達支援管理責任者がリーフレットを使って説明している。また、状況に応じて、子どもには活動にも参加してもらい、子ども本人が体験的に理解できるように配慮している。保護者からは、職員の配置、スケジュール、利用の空きのある曜日などについての質問を受けることが多い。当事業所では、利用する際の親子の生活に即して、情報提供できるように努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・児童発達支援では、医療的ケアが必要な子どもを対象としているが、利用率は少ない。現在は相談支援事業所や保健センターに対して情報提供を行っているが、医療的ケアが必要な子どもが利用する病院や訪問看護事業所などの医療機関も含め、より幅広く事業所情報の提供を行うことを期待する。 	

【31】Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。		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あたり、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あたり、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あたり、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) 77.8% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用開始前に契約面談を行い、重要事項説明書と「利用の案内」を用いて、サービス内容、利用料、緊急時の対応などの重要事項や、実際に利用するにあたって必要となる持ち物や連絡のやり取りに関する事項などについて説明している。主治医からの健康に関する意見書の提供を依頼するとともに、関係機関との連携や事業所の広報のための利用者の個人情報の利用に関する同意書などについても説明し、利用者・保護者から必要な同意を得るようにしている。 ・契約面談は、管理者および児童発達支援管理責任者が担当している。医療的ケアが必要な子どもの場合は看護師も契約面談の場に同席し、事業所として必要な配慮や準備すべきことなどについて確認している。契約面談の手順や留意点は、職務遂行要領書に整理され、いつでもその内容を確認できるようにしている。 ・継続利用児については、年度末の3月に改めて翌年度に関する説明会を開催し、契約更新の手続きを行っている。個別に配慮が必要な場合は、全体説明会の機会以外に面談日を設け、個別面談によって説明している。 ・当事業所の利用開始にあたっては、安全で適切なかわりができるように、利用当初の1～2回は保護者の同伴を依頼し、職員は注入や移乗等の医療的ケアや介助の方法について保護者とともに確認するようにしている。 	

【32】Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		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・家庭への移行等にあ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・家庭への移行等にあ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・家庭への移行等にあ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) 55.6% b) 22.2% c) 0.0% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学校卒業による利用終了の場合には、学校主催の移行調整会議に職員が参加し、子どもの状況について説明している。移行調整会議の開催がない場合は、必要に応じて個別支援計画や個別支援マニュアルを引き継いでいる。 ・当事業所は多機能型事業所であり、生活介護も併設しているため、生活介護の利用に移行する場合は同じフロアで職員との交流もあるため、親子も具体的なイメージを持ち、安心感のもとに移行することができる。また、法人内の支援記録システムによって相互の情報共有ができるため、移行に伴う引き継ぎもスムーズである。移行前後の意見交換も、支援記録システム内で行っている。 ・また、卒業前の他事業所への移行の場合は、必要に応じて個別支援会議への参加や引き継ぎ書の作成等を行い、必要な支援の継続性が図れるように努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では「他法人の事業所への移行の際の引き継ぎについては取り組みが不十分である」と捉えており、今後の課題としている。さらなる取り組みを行うことを期待する。 	

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) 66.7% b) 22.2% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者・保護者の満足度を把握するための方法として、制度上で定められている「放課後等デイサービス利用者」を対象とするアンケート調査を、年1回実施している。この調査の結果は法人のホームページに掲載し、公開している。また、調査結果は職員会議で検討し、改善に活用している。また、保護者への報告は、家族懇談会の機会などを活用している。 ・年2回、家族を対象に「懇談会」を開催し、この懇談会には管理者とサービス管理責任者が参加して保護者の意向などを把握している。懇談会での家族との意見交換を事業所の改善に活かしている。 ・今回の第三者評価における利用者（保護者）アンケート調査では、全23項目の質問項目の全般について、肯定率が高い結果であった。事業所に対する総合的な満足度についても同様に高い傾向である。当事業所ではこの調査結果を取り上げて分析し、利用者のさらなる満足度の向上のために活用する予定がある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・懇談会等に参加する家族は3家族程度であり、その要因の分析が必要である。また、職員調査では「満足度アンケート調査」は行っているが、もっと改善に活用したいとの意見もある。今後の計画的な取り組みを期待する。 ・第三者評価のアンケート調査に寄せられた意見・要望などを取り上げ、サービス提供の改善に活かしていく取り組みや、利用者への結果の報告や公開などの方法についても検討することを期待する。 	

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) 77.8% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情等の受付や解決のしくみについては、受付担当者、責任者、行政等の相談窓口、第三者委員について「重要事項説明書」で説明し、第三者委員の連絡先を明示したポスターを玄関に掲示している。 ・また、外来者も通過する玄関には「意見箱」を設置している。ただし、これまでのところ、この「意見箱」が利用されたことはない。 ・受け付けた苦情には「苦情解決マニュアル」に沿って対応している。受付記録である「意見・苦情・要望シート」を活用し、結果報告書を作成して保管するとともに、エリア長会議にも苦情を報告し、共有している。 ・保護者からの苦情は、管理者やサービス管理責任者に直接話す利用者がある一方で、介護記録システム「ケアコラボ」を使って寄せられてくることもある。いずれの方法で把握しても、事業所として即座に検討を行い、職員間で共有し、改善に活用している。 ・苦情・意見などを寄せた利用者・保護者には、直接回答を行うとともに、毎月発行する『おうちだ通信』に「ヒヤリはっと・事故・意見苦情や要望」の概要と対応を記載している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、第三者委員の位置づけやその活用について未検討であるが、今後は苦情受付・改善の制度のみの活用にとどまらない視点からの検討を行うことを期待する。今回の利用者（保護者）調査では「外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか」の質問に対しては「はい」の肯定的な回答率は5割強であった。さらなる取り組みを期待する。 ・社会福祉法人の事業の運営において、苦情解決の結果の公表には「より高い透明性」が求められ、その一環としての苦情などの公表が義務づけられている。法人の方針として「事業報告書」や「広報誌」等に苦情解決結果の公表を行うことについて、今後の検討を期待する。 ・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) 44.4% b) 44.4% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族が職員に相談したり、事業所に対して意見を述べるときの窓口については「重要事項説明書」に掲載し、利用開始時に説明を行っている。 ・利用者・保護者が相談したり、意見を言いやすい機会として、送迎時や送り出しのときということが多い。また、介護記録システム「ケアコラボ」の導入によって、相談や意見を把握するためのツールの幅が広がり、会話、書面、電子媒体など、保護者が使いやすいツールを選択して相談したり、意見が述べられるようになっている。 <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護者からの相談内容により、個室である「面談室」を利用している。一方で、職員自己評価では「利用者の活動の場は一室のみであり、他の利用者への配慮から、気軽に相談や意見を言いやすいような環境ではない」という意見もある。検討を期待する。 	

【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、対応が十分ではない。	
	c) 利用者からの相談や意見の把握をしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 77.8% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の相談には、職員の担当制を導入し、保護者からの相談や意見は、電話、介護記録システム「ケアコラボ」、個別面談など、さまざまな方法や場面を通じて受けられるようにしている。職員は、保護者から気軽に声をかけてもらえるような雰囲気づくりにも努めている。 ・相談を受けた際には、内容により、サービス管理責任者や管理者に報告し、対応内容などについて検討した上で、保護者に伝えている。なお、相談や意見等を受け付けた場合は、その内容について記録を行っている。受け付けた相談等の内容や対応した内容については、必要に応じて申し送りを行い、職員会議の場で報告し、共有している。 ・受け付けた苦情等の内容を検討した上で、職員が即座に回答することが難しい場合には、保護者に対してその理由を説明し、期日を決めて回答するようにしている。 	

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) 77.8% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・岡山エリアとして「リスクマネジメント委員会」を設置して毎月開催し、各事業所内で発生した事故の要因分析・再発防止策を検討している。また、その内容は各事業所に報告し、事業所ごとの職員会議で報告されている。当法人では、リスクマネジメントの視点から、職員として取り組むべき課題を、毎月の「スローガン」として明文化し、社内掲示板で全職員に発信している。 ・当事業所では、事故、ヒヤリハットがあった場合には、その日のうちに勤務職員で検討し、再発防止策を検討した上で介護記録システム「ケアコラボ」で発信・情報共有している。事故やヒヤリハットなどについては「事故発生処理報告書」「ヒヤリはっと発生処理報告書」に記載を行う。また、事故が起こるかもしれない状況については「気づきカード」に記載して「ケアコラボ」で共有している。事故については、発生から概ね1カ月後に再発についての確認を行うとして、対応のプロセスを決めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、安全確保・事故防止に関する研修への取り組みが低率である。 ・利用者のけが等の繰り返しや、忘れ物への対処などについて、改善を図ることが必要であるとしている。例えば、他事業所の取り組み事例を収集し、参考にするなど、さらなる改善策を実行することが求められる。 	

【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。	a
	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) 88.9% b) 0.0% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として感染症BCPを策定している。また、昨年2022年には「感染症マニュアル」(BCP)を策定し、責任と役割を明確にした管理体制が敷かれている。法人の「看護師会」が主催する感染症に関する研修も、全職員対象に実施されている。岡山エリアでは、看護師が担当する「感染症委員会」が毎月開催され、その委員会の活動として、年2回の救急法の研修が行われている。また、当事業所として、アレルギー研修にも取り組んでいる。 ・法人内の入居事業所・通所事業所を対象とした「感染症対応法マニュアル」が整備されている。また「福祉施設における看護業務」のマニュアルを作成し、日常の健康管理、服薬、医療的ケア、関係機関との連携などを記載し、活用できるようにしている。 ・当事業所では「感染症対策セット」を医務室に常備し、感染症発生時には防護服で対応するなど、感染拡大防止策を講じている。 ・「感染症BCP」には、利用者ごとの既往歴、現病歴、主な服薬、アレルギー、医療機関などを記載するとともに、災害発生時のBCPとしても活用している。 ・当事業所には看護師が常勤しているため、職員にとっては、感染症対策についても直接の指導・助言を受けやすい環境である。 	

【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) 55.6% b) 33.3% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害時対策は、岡山エリアの「防災(BCP)委員会」が、地域とも防災・避難訓練を実施することについての確認を行うとともに、アドバイスを受け、必要書類(BCPやマニュアル)の作成と状況についての確認等を行っている。 ・災害発生時の対応体制は、複数のICTを活用し、職員や保護者に対して迅速に連絡を行うとともに、避難指示が出せるようにしている。また、毎月あらゆる災害を想定した避難訓練を実施している。 ・非常災害時用の食料や飲料水の備蓄を行い、事業所内の倉庫に保管している。「おうちだ」の建物には、災害避難所(福祉避難所)としての活用を目的とした地域交流スペースがあり、食料やAEDなど、災害時に必要な備蓄品が保管されている。また、消防車が来て、災害対策に関する確認等を行うこともある。 ・当事業所では、9月1日の「防災の日」に敷地内で「防災マルシェ」を開催している。このイベントには地域の人たちも参加し、防災訓練や炊き出しなどに取り組んでいる。当事業所からも職員と利用者が参加している。 ・非常時の持ち出し用の資料として、医療面の情報や服薬などについて取りまとめた記録を利用者ごとに準備し、ファイリングしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、災害時の対応体制が不十分であることについての指摘があった。また、BCPは作成しているが、作成されたBCPについて職員の理解を促し、周知を図ることについては、さらに確実な取り組みを行うことを期待する。 ・職員自己評価の「消防署、地域の人たち、福祉関係団体などと連携する体制を整備し、訓練を実施している」という着眼点項目の肯定率が低い。「防災マルシェ」の取り組みを充実させていく意向があるので、計画的に充実を図っていくように期待する。 	

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

Ⅲ－２－（１） 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

【40】Ⅲ－２－（１）－① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。		評価
判断基準	a) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいた福祉サービスが実施されている。	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) 77.8% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所で作成されているマニュアルとしては、感染症対応マニュアル、虐待防止マニュアル、苦情対応マニュアルなどのリスクマネジメントに関するマニュアルや、身体拘束ガイドラインがある。これらは、制度上で作成することが必要とされているものである。 ・支援に関する「業務マニュアル」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的な業務に始まり、直接的な支援のみにとどまらず、家族支援、記録、環境整備、他機関との連携など10項目が取り上げられ、それぞれについて業務に必要な支援内容をマニュアル化している。 ・なお「職務遂行要領書」については、現在も職員には配布しているが、今後は新入職員教育や研修の場でも活用する予定がある。さらな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) 66.7% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常的な支援内容に関しては、朝礼や職員会議で検討し、意見交換しながら常に改善に取り組んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今年度は「職務遂行要領書」の内容について、職員の経験知を活用し、複数の職員が分担して見直しに取り組んでいる。新人の育成・研修などで計画的な活用を図るとともに、さらなる内容の充実に取り組むことを期待する。 ・現状では、利用者の他事業所への移行や終了時に関する項目がないので、今後の検討を期待する。 	

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) 77.8% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これまでは法人の児童発達支援グループで共通のアセスメントシートを使用していたが、当事業所の場合は利用者の年齢層や状態像が幅広いいため、当事業所独自に工夫を重ねている。重度心身障害のある子と、それ以外の子どもを分けて、それぞれに違うアセスメントシートを使用している。現状のアセスメントシートでは、重度心身障害のある子どもの理解力についてアセスメントを行うことが難しく、遊びや生活の様子から、子どもの状態像を把握することができるように努めている。 ・また、身体的・医療的な評価については、医師の指示書やかかりつけの理学療法士など専門職の意見を確認するようにしている。その上で、子どもの状況に応じて、事業所および法人の専門職が、理学療法士の動作分析、看護師の健康アセスメント、栄養士や言語聴覚士による口腔および栄養アセスメントの結果などを加味し、個別支援計画を作成するようにしている。 ・児童発達支援管理責任者が、保護者の要望書や担当職員・専門職の意見などを取りまとめ、個別支援計画の原案を作成し、全職員が参加する原案会議で検討した上で、支援計画への保護者の同意を得ている。 ・アセスメントから個別支援計画を策定していく手順は、職務遂行要領書にまとめられている。 ・なお、現在は学校の担当者会議に参加しているため、改めて学校で作成する個別の教育支援計画を確認することはしていない。しかし、当事業所では、学校での取り組みを考慮し、放課後の子どもへの支援を組み立てる必要があると考えていることから、個別の教育支援計画の確認を状況に応じて行いたいと考えている。 	

【43】Ⅲ－２－（２）－② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画について、実施状況の評価と実施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、実施状況の評価と実施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、実施状況の評価と実施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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 77.8% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の見直し手順は職務遂行要領書にまとめられている。 ・個別支援計画の実施状況は、支援経過記録ソフトである介護記録システム「ケアコラボ」に日々記録し、保護者と共有して、意見交換しながら取り組んでいる、半年ごとのモニタリングの際には、改めて担当職員がその間の経過を取りまとめ、保護者からも要望書を提出してもらえるように依頼している。 ・モニタリングでは、児童発達支援管理責任者が、それらに基づいて保護者と個別面談を行い、個別支援計画を見直していく。 ・子どもの発達はスピードが速いため、2～3カ月ほどで半年の目標を達成する場合もある。その場合は、達成が確認されたら半年を待たずに、新たな個別支援計画を作成している。また、主治医などの関係する専門職から取り組みについての意見があった場合などにも、随時に個別支援計画の見直しを行っている。 ・モニタリングによって新たに作成された個別支援計画の内容は、朝礼や職員会議で共有している。 	

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) 77.8% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日々の支援や子どもの状況については、介護記録システム「ケアコラボ」で記録している。記録は、その日にかかわった正規職員が行っている。朝礼で、その日の担当の配置を確認し、その職員が記録もやっている。 ・記録内容は、介護記録システム「ケアコラボ」で保護者とリアルタイムに共有している。 ・支援記録の発信についてのヒヤリハットをきっかけに、書くべき内容のテンプレート（ひな型）をつくって、発信時に確認する「チェック項目一覧表」を作成した。また、新人職員は記録内容については上位職員による確認を得て、家族に対して情報発信している。当事業所では、そのようにして適切な内容が記録・共有されるよう努めている。 ・朝礼では、当日の主担当、送迎（車・添乗・子ども）や食事の座席と職員配置、個別支援計画とそのための手立て・ポイントなどをホワイトボードに記入し、職員全員で共有し、必要な支援が適切に行えるように取り組んでいる。 ・また、夕礼では、その日の子どもの様子や支援についての振り返りを行っている。 ・それらの取り組みにより、個別支援計画の策定前の共有と、策定後の結果の共有、次の支援の手立ての共有ができるようになってきている。 ・なお、個別支援以外の業務についての情報共有は、社内LANであるクラウド型グループウェア『WaWaOffice』で行っている。 	

【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) 66.7% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもに関する記録は、法人の「個人情報保護管理規程」に基づき、保管、保存、管理、情報の提供が行われている。法人のガバナンス委員会が取りまとめ、適切に管理できるように努めている。個人情報保護規程は毎年度に見直し、入職時の研修で説明している。 ・保護者には、契約時に個人情報の取り扱いについて説明し「情報提供・開示に関する同意書」「写真の取り扱いについて」の同意を得ている。 ・当事業所では、支援経過記録ソフトを活用し、保護者と随時に情報共有している。子どもの様子が伝わるように写真や動画を活用しているため、同意を得るにあたっては、詳細な説明を行うように努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、写真の掲載ミス等のヒヤリがあたため、情報発信の際のチェック表や上位職員からの確認を得ることを励行するなどの改善に取り組んだ。 ・インターネットを活用した個人情報の活用は、便利さとリスクとの「諸刃の剣(つるぎ)」である。個人情報保護の理念に鑑みて慎重を期し、さらなる取り組みを行うことを期待する。 	

●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。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 77.8% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として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」については、法人の全職員を対象とする「人権研修」のなかで毎年確認するようにしている。また、当事業所でも活動の軸に据えて、利用者に対する支援を充実させることを目指している。 ・おやつや活動は毎日の選択制としている。子どもの状況に応じて選択肢を増やし、子どもたちが選択する機会を意図的に設けるようにしている。 ・活動への参加・不参加や、排泄場面の行く・行かない、あるいは誰と行くかなどについては、子どもの意思を確認するように努めている。 ・言語表出が難しい子どもも多いが、職員は子どもの表情や視線などによる意思の表明をキャッチできるようにするとともに、子ども自身の選択につなげら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) 77.8% b) 0.0% c) 0.0% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の人権研修が全職員を対象として年1回行われている。2023年度は、不適切ケアの振り返りと、職員の労働環境についてグループ討議を行っている。 ・また、岡山エリアの「人権倫理委員会」では、身体拘束について「なくす、減らす」を目的に、月1回の会議を行っている。月ごとの行動目標を立て、日々の支援について朝礼で振り返りを行っている。 ・車椅子ベルトやヘッドギア等も、その必要性和意味を確認し、できるだけ外して過ごせる時間をつくれるように支援している。身体拘束については「切迫性」「代替性」「一時性」の3原則について確認し、減らす、失くすための取り組みを記載し、保護者に対して説明して同意を得ている。実施の際には、支援経過記録である介護記録システム「ケアコラボ」に記録し、保護者とも即時の共有を行うようにしている。 ・当事業所をとする子どもは年齢幅が広いので、職員が赤ちゃん扱いにならないように、呼び方や対応について、そのつど職員間で話し合うようにしている。子どもの持ち物を確認する場合には、黙って開けたりはせずに、本人に声をかけ、同意を得てから行うようにしている。また、他の職員にも声をかけ、確認している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年齢に応じた対応を行えるように心がけてはいるが、管理者層は「子どもの定型発達についての職員の学びが不足している」と課題として認識している。 ・少ない職員の数で、年齢幅の広い子どもを集団で支援する場合には、すべての年齢層に配慮した取り組みとすることは難しい。また、職員は男性1名(非常勤職員)のみであり、年齢の高い男児への対応を行う難しさもある。プライバシーや羞恥心への配慮は、子どもの権利擁護にとって重要な視点であることから、改善を図ることを期待する。 	

A-2 生活支援

A-2-1 支援の基本

【A3】A-2-1-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	b
	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) 77.8% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人の支援観は「自立、尊厳、ハビリテーション」であり、基本的な生活習慣の自立を中心に、子ども一人ひとりの状況に応じて、自立に向けた取り組みを行っている。 ・アセスメントに基づき、おやつ、着脱、排泄等の生活場面で、利用者である子どもが自力でできる部分を少しでも増やせるよう取り組んでいる。また、社会参加、仕事、家庭からの自立などの将来的な子どもの課題も視野に入れて、日々の活動のなかにその要素を取り入れてみたり、短期入所の活用を保護者とともに検討したりしている。将来の進路についての相談を受けることもある。 ・その日の過ごし方は、スケジュール表を使って可視化し、子どもが見通しを持って主体的に動けるようにしている。</p> <p>■ 改善課題 ・子どもの年齢幅が広く、年齢に応じた自立の取り組みを活動に取り入れていくことが難しい。さらなる取り組みを行うことを期待する。</p>	

【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。	b
	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) 77.8% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・コミュニケーションは、受容コミュニケーションと表出コミュニケーション、記憶、理解、対人関係、感情の理解の側面についてアセスメントし、それらに基づいて子どもに対応している。 ・単語、会話、文字、手話、ジェスチャー、写真、イラスト、実物、身振り、表情など、子どもに応じたコミュニケーションの手段を活用している。 ・コミュニケーションの手段は、保護者や学校からの情報も参考にして、共通した方法を活用するようにしている。 ・新たなコミュニケーション手段の研修があれば参加し、学んだことを職員で共有して支援に取り入れるようにしている。</p> <p>■ 改善課題 ・「どのようなコミュニケーション手段があれば、子どもの意思が確認できるのか、わからない」という保護者もいるため、子どもに応じて新たな方法の開発が必要な場合もある。さらなる取り組みを期待する。</p>	

【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) 77.8% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子ども本人からの相談は、個別の活動の時間に受けることが多い。学校のことや進路についての相談もある。内容に応じて、支援方法を検討したり、活動内容に反映させている。 ・保護者の相談は、支援経過記録である介護記録システム「ケアコラボ」や送迎時あるいは個別面談等の機会に受けている。必要に応じて、相談室で随時に対応している。 ・担当職員やその場で受けた職員が基本的には対応しているが、必要に応じて管理者や児童発達支援管理責任者が対応し、朝礼等で検討・共有を行っている。 		

【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) 77.8% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人ひとりについて、個別支援計画と今日の手立て・ポイントをホワイトボードに記入し、その日のプログラムを通じて意識的に取り組んでいる。 ・毎日のプログラムは、月ごとの活動計画や年間活動計画に基づいて組み立てられている。季節の行事や地域の伝統行事を取り入れた活動を行っている。外遊び、アート、創作活動、音楽、ソーシャルスキルズトレーニング、宿題など、子どもの状況に応じて、また子どもの意見を取り入れて、さまざまな活動を組み立てている。集団プログラムは準備しているが、参加は子どもの選択による。 ・送迎は原則として保護者の役割であるが、仕事や車がないなど、利用にあたって配慮が必要な場合は、事業所として送迎にも対応している。 ・他の事業所や活動に参加しているため、土日等についても情報提供を必要としない子どもがほとんどである。 	

【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支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 66.7% b) 22.2% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの状況は、医師、看護師、リハビリテーション職、教員などの外部の専門職の助言も得ながら、一人ひとりの障害の状況と発達段階に応じた支援に取り組んでいる。 ・医療的ケアや子どもの身体のしくみ、姿勢保持など、職員から出されたテーマについて、看護師や理学療法士を中心に職員会議内で短時間に行える研修に随時取り組み、職員が必要な知識やスキルを取り入れられるようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの年齢に応じた支援の取り組みを行うためには「子どもの定型発達についての職員の理解が不十分である」と事業所では考えている。今後の取り組みを期待する。 	

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) 88.9% b) 0.0% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・児童発達支援事業の利用児に対して、あるいは放課後等デイサービスの利用児についても学校の長期休暇期間中などには給食を提供している。給食は近隣にある児童発達支援センターの給食室で調理されている。献立には、地域で採れた食材や旬の食材を取り入れている。 ・アレルギーや経管栄養の子どもへの対応に関しては、主治医の意見書を提出してもらい、その指示に基づいて対応している。 ・法人の栄養士や言語聴覚士によるアセスメントに基づいて、食形態や食事提供の方法を工夫している。 ・入所時には保護者が一日付き添い、食事、排泄、着脱についての保護者の介助方法を職員に見せてもらい、入所後も適切な介助ができるよう努めている。 ・トイレには、3種類の便座とおむつ交換台、生活介護と共用の成人用車椅子トイレがある。 ・機械浴槽があり、希望者は入浴支援を受けることができる。入浴支援を目的として当事業所を選択する利用者もいる。 ・個別支援マニュアルがあり、自分でできることは、少しでも子どもができるように、安全と子どもの自立に配慮しながら、適切な支援が提供できるように努めている。 ・なお、立位・座位が取れない身体の大い子どもの排泄介助を行う場所は皆の活動スペースになってしまっている。マットや衝立の活用はしているが、プライバシー保護や衛生上の課題もあるので、改善が求められる。 	

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) 66.7% b) 22.2% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・廊下や玄関等の共用部分をはじめ、全館を清掃担当者が毎日掃除している。活動室やトイレ・おもちゃは職員が清掃・消毒している。 ・生活介護事業との共用設備も含めて、トイレが4種類、機械浴室、静養室があり、子どもの状況に応じて対応できるように工夫している。 ・座位・立位が難しい年齢が高い子どもの排泄介助のスペースがトイレ内にはないため、活動室のマットスペースの一角に衝立を立て、見えないうちにして実施したり、生活介護と共用の静養室を利用している。 ・車椅子から降りて身体を休めることができるように、室内の半分にはマットを敷き、リラックスできる空間をつくっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・活動室は5名定員の広さであるが、個別対応のために同数の職員もいて、介助スペースと合わせて十分な広さがあるとは言えない。また、座位・立位が難しい年齢が高い子どもの排泄介助のスペースがトイレ内にはないため、活動スペースの一角に衝立を使用して実施しているが、十分に子どものプライバシーが守られているとは言えない。生活介護と共用の静養室についても、常時使えるという安心感がない。 ・また、活動室内のトイレのおむつ交換台は高さが低く、職員の負担になっている。浴室での介助では、着替え台から浴槽まで職員が子どもを抱えて運んでいるが、利用者の安全面と職員の腰の負担の観点からも、対応方法の改善が必要である。 ・保護者からは「玄関の雨よけが不十分である」という意見も寄せられている。 ・利用者の安全性への配慮、プライバシーの確保、職員の負担などを考慮して、現状の設備で可能な限りの改善を早急に行う必要がある。 	

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) 66.7% b) 22.2% c) 0.0% 無回答) 11.1% 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、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の視点で行ったアセスメントを考慮し、その助言を得て作成している。 ・職員は、理学療法士による移乗やポジショニングをテーマとする研修を受け、保育士や支援員が行う遊び、活動、身体介護の支援のなかに機能訓練の要素を取り入れ、統一した方法で子どもへの介助ができるように努めている。 ・理学療法士による個別訓練は、ストレッチは5名、歩行訓練も5名について実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・放課後等デイサービスの子どもたちは、利用時間が少なく、その時間のなかで希望する子ども全員の個別の機能訓練を実施することは難しい。 ・また、利用回数も週1～2回が中心であることから、保護者からは「機能訓練的な効果を期待することが難しい」との意見もある。利用者・保護者の要望に応じた取り組みができるように、今後の検討を期待する。 	

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

【A11】A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a
	b) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の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) 88.9% b) 0.0% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康に関する情報は、入所の際に保護者に確認している。 ・通所時には、体温・食欲・排便・睡眠などの基本的な情報を介護記録システム「アコロボ」の連絡帳機能、および送迎時の保護者からの申し送りなどで確認している。 ・医療的ケアが必要な利用者の送迎には看護師が同乗し、到着後には看護師が全員の全身状況を確認している。 ・感染症、てんかん発作と座薬(ダイアップ)、気管切開や胃瘻の利用者の注意点については、看護師による職員研修を実施している。職員は、基本的な医療的知識を身につけた上で支援することができるように努めている。 ・協力医療機関が3カ月ごとに往診し、全員の子どもの状態を把握している。健康に関する相談も行うとともに、万一の緊急時の対応が可能となるように備えている。 ・緊急時や発作の際には看護師が対応し、管理者に報告するとともに、保護者に連絡することとしている。どのような状況のときに保護者に連絡するのかは、事前に保護者と相談している。事業所内の対応は、介護記録システム「ケアコロボ」で保護者に随時報告している。 	

【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
	b) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されているが、十分ではない。	
	c) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 77.8% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、吸引、吸入、注入の医療的ケアが必要な子どもが通っている。医療的ケアは、送迎時も含めて、看護師が行っている。入所時に主治医の意見書や保護者からの情報により、医療的ケアの手順書を作成している。 ・アレルギーの子どもへの対応は、入所時に主治医の意見書を提出してもらい、それに基づいて配慮して行っている。朝礼でアレルギーの子どもについて確認し、注意喚起している。アレルギーの子どものおやつ、給食は、食器を他の子どもと区別し、皿に何が入っているか書いてわかるようにした上で提供している。職員は、エビペンの使用方法の実技研修を受け、万一のときに対応できるように備えている。 ・服薬については「服薬管理マニュアル」があり、看護師が作成した投薬手順書に基づいて与薬し、誤薬や服薬の忘れの防止に努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師を中心に服薬や医療的ケアの支援を行っているが、事業所としては「協力医療機関も含めた安全管理体制が確立できていない」と現状を捉えている。さらなる取り組みを期待する。 	

A-2-(6) 社会参加、学習支援

【A13】A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
	b) 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 44.4% b) 33.3% c) 0.0% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・室内の活動だけでなく、隣接したコンビニへの買い物や公共交通機関の利用、郵便局や図書館など社会資源の活用を行い、社会体験を積めるように取り組んでいる。なお「お仕事プロジェクト」の取り組みでは、マルシェでの販売品の製作、販売、収益を利用した買い物という仕事の一連の流れを、子どもたちは体験している。 ・学習面では、学校の宿題を時間内でできるよう取り組んだり、子どもが興味・関心を持ったテーマについて調べ、学習するなどの支援を行っている。ピアノ等の教室に通う子どももいる。それらの地域資源の情報は、送迎時に保護者同士で情報交換している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では「子どもにとっての社会参加の機会は少ない」と捉えられていることから、障害のない子どもとの交流の機会も含めたさまざまな社会参加の機会づくりのための工夫が求められる。 	

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) 33.3% b) 44.4% c) 0.0% 無回答) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の行事への子どもの参加の機会としては、学区内の中学校の祭りへの参加、「まちかど博物館」への参加、事業所主催の「マルシェ」への参加などがある。 ・訪問入浴、訪問看護、車椅子対応の介護タクシー、短期入所、日中一時支援などの地域生活を継続するための社会資源の情報は、家族会の「茶話会」の場が情報交換の場になっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療的ケアのある子どもに対応できる移動支援事業は法人内でも実施しているが、多くあるニーズに対応し切れていない。法人内の事業所だけでなく、必要な社会資源を開拓するため、広く地域に対して開かれた取り組みを行えるようにすることが求められている。改善の取り組みに期待する。 	

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。	a
	b) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 77.8% b) 11.1% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族とは、日々の支援について、介護記録システム「ケアコラボ」で情報共有、意見交換を行うとともに、家族からの相談にも応じている。 ・月1回の事業所だよりを発行し、そのなかでも当事業所の取り組みについて報告している。 ・家族が集まる「茶話会」年2回開催しているが、参加者は少ない。しかし、送迎時の保護者同士の交流はある。 ・卒業後の生活や親亡き後の生活に向けて親が備えることなど、保護者や家族が学べる機会を設けている。 ・家族からの相談には、介護記録システム「ケアコラボ」や電話、面談で対応している。子どもの支援のこのみならず、きょうだい児や家族の生活についての相談にも応じている。利用者調査でも、関連項目の肯定率は高い。 	

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。	b
	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) 66.7% b) 22.2% c) 0.0% 無回答) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの発達や障害の状況は、専門職の助言も得ながらアセスメントし、個別支援計画を作成し、それに基づいて支援を行っている。 ・活動プログラムは、年間計画に基づいて、月担当の職員が月間計画を立て、実施している。デイリープログラムは、その日の主担当が組み立て、朝礼で役割分担して支援している。 ・集団プログラムのなかで個別支援計画の取り組みを行うための手立て、ねらいを確認している。プログラムの計画の際には、目的、流れ、職員配置、留意事項、準備などについて、あらかじめ整理している。 ・当事業所は、市の医療的ケア児支援の協議会や、自立支援協議会の子ども部会に参加して、子どもの発達や医療的ケアについて情報交換を行っている。 ・学校や所属園の個別支援会議には参加して、情報共有や役割分担を行い、連携して支援することができるようにしている。 ・子どもに応じて、主治医、訪問看護、学校、移動支援などの関係機関と連携し、支援を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年齢幅の広い上に、少ない人数での集団活動となるため、子どもの発達段階や年齢にそぐわない活動になる場合もある。 ・それぞれの年齢に応じた取り組みができるように、グループ化や活動場所の工夫など、さらなる取り組みを行うことを期待する。 	