

平成 27 年度  
福祉サービス第三者評価 結果報告書

社会福祉法人クムレ

「児童発達支援センタークムレ」

2016 年 4 月 12 日

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

## 目 次

	ページ
実施概要 .....	1
評価項目 .....	3
付加項目（東京都版評価項目より抜粋） .....	31
総評 .....	35

（添付資料）

### ◆ 利用者調査 集計結果

## 【実施概要】

### 1. 実施スケジュール

- (1) 第三者評価についての事前説明 平成 27 年 12 月 3 日
- (2) 情報収集の実施（調査）
  - ①自己評価 平成 28 年 1 月 7 日～1 月 31 日
  - ②利用者調査 平成 28 年 1 月 7 日～1 月 31 日
  - ③事業所訪問調査 平成 28 年 3 月 1 日、3 月 2 日

### 2. 評価の実施方法

岡山版 福祉サービス第三者評価基準ガイドライン及び付加項目(東京都版評価項目より抜粋)

### 3. 利用者調査

- (1) 調査の方法 アンケート
- (2) 調査対象者数 利用者 74 名

### 4. 評価調査者

新津 ふみ子  
要 厚子  
田中 稔  
北村 とし子

### 5. 評価決定合議日

平成 28 年 3 月 24 日

### 6. 本評価に関する問い合わせ

- (1) 本評価調査責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 新津 ふみ子
- (2) 評価責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 代表理事 新津 ふみ子
- (3) 連絡先

NPO 法人メイアイヘルプユース事務局

〒141-0031 東京都品川区西五反田 2-31-9 シーバード五反田 401

電話：03-3494-9033 / FAX：03-3494-9032



# I 福祉サービスの基本方針と組織

## I-1 理念・基本方針

I-1-1(1) 理念、基本方針が確立されている		評価
I-1-1(1)-① 理念が明文化されている。		
判断基準	a) 法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。	a
	b) 法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。	
	c) 法人の理念を明文化していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.5%、b)35.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 法人として、理念・基本方針および行動指針を明文化し、玄関・事業所内に掲示している。年3回発行する「広報誌」には、ロゴマークと理念「ともに育ち、ともに生きる」を掲載、またホームページでも同様である。地域社会への貢献を意識した理念である。</p>	

I-1-1(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。		評価
判断基準	a) 理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。	a
	b) 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。	
	c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.0%、b)29.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 法人の理念に基づく基本方針として「利用者満足の実現」、「集うひとの幸せの実現」、「強くなやかな組織作り」、「地域社会への貢献」を定めて明示している。さらに「行動指針」として「①私たちは心にアンテナを張り、小さなニーズも見逃さない支援を提供します」、「②私たちは人・仲間を大切にします」、「③私たちは高い目標を持って仕事にチャレンジしていきます」の三点を定めて明示している。また、これらはホームページ等に掲載されている。基本方針は法人の理念との整合性があり、職員の行動規範となるような内容となっている。</p>	

I-1-2 理念や基本方針が周知されている。		評価
I-1-2(1)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。		
判断基準	a) 理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	b
	b) 理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 理念や基本方針を職員に配付していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)58.1%、b)35.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 職務姿勢などを明示した「クムレ10の心得」とともに、法人の理念、基本方針、行動指針を「ブランドブック」として冊子にまとめ、正規職員と嘱託Aに配布している。また「クムレ10の心得」は職員の名刺の裏側にも記載している。それらは採用時の新人研修での周知のほか、グループ会議や諸研修開始時の唱和や年度当初の職員会議などの機会に周知している。さらには、事業計画の中の研修計画カリキュラム作成や次年度の事業計画の策定に向けた振り返りの際の視点として位置付けている。</p> <p>■ 改善課題 組織的な取組みはあるものの、職員自己評価では「b評価」で「取組みが十分ではない」とする回答が35.5%あり、その背景として周知を目的とした取組みの実施について肯定率が低い。その原因分析と、さらなる取組み強化に期待する。</p>	

I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。		評価
判断基準	a) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	b
	b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)35.5%、b)58.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 法人の理念等は事業所の玄関に掲示し、ホームページや広報誌「ふれあい」などに掲載している。保護者に対しては新規に入園した際の保護者勉強会で療育方針などと説明している。また在園児の保護者に対しては新年度説明会でパワーポイントの資料にまとめた説明資料の中で取り上げている。</p> <p>■ 改善課題 保護者に対しては新規入園時の保護者勉強会、在園児の場合には新年度説明会などの機会に理念等の説明を行っているが、事業所としては特段に重視した説明とは位置づけておらず、説明事項の一つに過ぎないものとなっている。職員自己評価の各項目においても肯定的な回答の割合は低い。理念や基本方針は事業所が提供するサービスの基本的な考え方や姿勢を示すものであり、分かりやすい資料作りといった周知方法の工夫とともに利用者側の安心や信頼を高めることに繋がるものとして重要である。さらなる取組強化に期待する。</p>	

## I-2 事業計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		評価
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。		
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。	a
	b) -----	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)93.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 法人として第2期中期経営計画(平成27年度～31年度)を定めており、本年度は今期計画の1年目に当たる。「相談からサービスまでの切れ目ない利用者支援の実現」を掲げ、より具体的には「ワンストップ相談窓口の整備とチームアプローチの構築」、「関係機関や地域資源との顔の見える関係づくり」、「利用者主体の支援計画に基づく支援の実施」、「利用者アンケートと第三者評価の活用」、「利用者の権利擁護と制度理解」としている。</p> <p>■ 改善課題 職員自己評価では「a)評価」で「策定している」とする回答が93.5%と、中・長期計画(第2期中期経営計画)を策定していることに対する理解度は高い。その一方で、「評価の着眼点」の各項目では「現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている」、「課題や問題点の解決に向けた内容になっている」、「必要に応じて見直しを行っている」などの項目で肯定的な回答の割合は4割に満たない。その原因分析と職員へのさらなる周知の取組強化に期待する。</p>	

I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。	a
	b) -----	
	c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)83.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 第2期中期経営計画に基づいて本年度のスローガンを「加わろう 地域のつながり 支えあい」と定め、それに基づいて当事業所を含む法人内の発達支援事業グループ全体の「大切にしたい考え方(価値観)」を「地域で育む 子どもと子育て」とし、それを出発点として当事業所の事業計画を策定している。 また、事業計画の中では、「中期経営計画に対する今年度の取組み」という項目を掲げ、中期経営計画の「相談からサービスまで切れ目ない利用者支援の実現」を具体化する施策を盛り込んでいる。</p>	

I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		評価
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。		
判断基準	a) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。	b
	b) 各計画が、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・見直しが組織的に行われていない。	
	c) 各計画が、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) 51.6%、b) 29.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 本年度の事業計画に対する取り組み状況等について各職員がレポートを作成し、それを施設長及びサブマネジャーとで本年度のスローガン等を視点に整理して、「重点目標の進捗」、「問題点・課題」、「対策(予定)」の項目に分類して「平成27年度 振り返りと課題」としてまとめている。これを踏まえた次年度の事業計画を策定する予定であり、この取り組みは法人内の全事業所にも普及させることとなっている。</p> <p>■ 改善課題 本年度において事業計画の進捗状況を丁寧に振り返り、次年度の事業へ反映させようと試みている。しかし、職員自己評価の「評価の着眼点」の各項目では肯定的な回答の割合は5割前後であり、自由意見でも「上部職員のみで行われている」、「評価をしたりすることが年度途中においては一部の職員で行うことが多い」といった意見が散見される。その原因分析とさらなる取り組み強化に期待する。</p>	

I-2-(1)-② 事業計画が職員や利用者に周知されている。		評価
判断基準	a) 各計画を職員や利用者等に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	b
	b) 各計画を職員や利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 各計画を職員や利用者等に配布していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 29.0%、b) 58.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 年度当初の事業所内研修の機会に、施設長がパート職員を含む全ての職員に対して当該年度の事業計画の概要を説明している。保護者に対しては年度当初に行事予定や保護者勉強会などの予定について説明している。またホームページや広報誌「ふれあい」に法人の方針や各事業所の方針等を掲載している。</p> <p>■ 改善課題 職員に対する周知は意識的に行っているが、保護者に対しては行事予定の周知程度にとどまっており積極的な取組みとは言えない。分かりやすい説明資料作りの工夫も含めて、さらなる取り組み強化に期待する。</p>	

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		評価
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。		
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)41.9%、b)38.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況            施設長の役割は法人の「キャリアパス」に明示され、人事考課制度による役割チェック表によって自らを振り返り理事長と面談している。また、自らは法人と事業所との「橋渡し」の役割を担うとともに、施設長として本来的な児童発達支援センターの機能を見失うことなく運営していくことに責任を負っており、それが法人の理念の具体化に繋がるものと考えている。そのために、職員が専門性を活かして自己実現と働きやすさを両立できるように育成していきたいとしている。そして、それらの考え方は事業所内研修や年度当初の会議などの機会に職員に伝えている。</p> <p>■ 改善課題            施設長は特に非正規職員への理解浸透を課題と考えている。なお、職員自己評価では、「管理者の役割と責任について文章化して会議や研修で表明している」については6割以上の職員が肯定的な回答をしているが、その他の項目では肯定的な回答の割合は2~4割程度である。施設長は改めて自らの役割と責任を明確にしつつ職員への理解を深めるための取組みの強化に期待する。</p>	

I-3-(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) 管理者自ら、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。	a
	b) 管理者自ら、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) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.0%、b)22.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況            施設長は、法令遵守の観点から、行政の会議はもとより、全国や県レベルの社会福祉法人経営者協議会や社会福祉協議会の会議や研修に参加して研鑽を積んでいる。また、職員に対してはキャップ会議や朝礼などの機会でも遵守すべき法令等について周知に努めている。</p>	



I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		評価
I-3-(2)-① 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。		
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)51.6%、b)41.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 施設長は、児童発達支援センターの本来の機能の発揮に強い意欲を持ち、サブマネジャーとの三者ミーティングやキャップ会議などの機会を通じてサービスの向上に強い指導力を発揮している。障害児に対する療育に加え、事業計画等に基づいて家庭支援(家庭訪問など)や地域との関係強化などを積極的に行うべく職員に指導を行っている。</p> <p>■ 改善課題 施設長は、平成26年6月に就任して2年目の後半にさしかかったところである。職員の約半数が非正規職員で、またその多くが9時～15時・週3～5日の短時間勤務の職員(嘱託職員B)であることなどから、職員との意思疎通、情報共有等に苦慮しつつ事業の見直しとサービスの質の向上に腐心している。今後さらに職員の意向を的確に把握し、共通理解を構築しながらリーダーシップを発揮することに期待する。</p>	

I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準		
判断基準	a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた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、経営や業務の効率化と改善に向けた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)22.6%、b)58.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 施設長は経営や業務改善に向けて、当事業所の毎月の予算の収支実績、利用者動向、契約数、事業の進捗状況等を集計・把握して法人の経営者会議で協議している。人事に関しては当事業所を含む法人内の発達支援グループを超えた人事異動には関与できないものの、権限のある範囲内でサブマネジャーと協議しながら適材適所の職員配置に努めている。</p> <p>■ 改善課題 職員自己評価では、「b)評価」で「効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが、十分ではない」とする回答の割合が6割程度あり、また「評価の着眼点」では、経営改善や効率化に向けて「組織内に同様の意識を形成するための取組」、「組織内に具体的な体制を構築して自らも参画」の各項目では、肯定的な回答の割合は3～4割程度にとどまっている。施設長には、これらの取組を自ら実施するとともに、組織内に同様の意識を醸成するための指導力が求められる。さらなる取組強化に期待する。</p>	

## Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 経営状況の把握

Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		評価
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。		
判断基準	a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。	b
	b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 事業経営をとりまく環境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)38.7%、b)45.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 業界全体の動向については理事長からの情報を経営会議(マネジャー以上の役職員)及びグループ会議(グループ統括、サブマネジャー以上、事業所管理者)で法人全体で共有するとともに、中期経営計画や事業計画に反映している。また地域の情報については市内5か所の発達支援センターで組織するセンター会議への参加、総合療育相談センター「ゆめばる」や市の障害福祉担当セクションとの情報交換によって把握に努めている。</p> <p>■ 改善課題 業界全体の動向については理事長からの情報提供によっていち早く把握して事業計画への反映を行っているが、地域の情報や特に潜在的なニーズについては、関係する専門機関、地区社協、民生委員協議会等との交流を始めてはいるものの、未だ必ずしも積極的に行っているとは言いきれない。今後のさらなる取組み強化に期待する。</p>	

Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。		評価
判断基準	a) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。	a
	b) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。	
	c) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)61.3%、b)22.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 毎月開催する経営会議で、予算の収支実績、利用者動向、契約数、職員配置、各プロジェクトの進捗状況等をデータ化して検討している。それらは中期経営計画や次年度の事業計画へ反映され、また改善課題等については職員会議、朝礼、週礼、キャップ会議を通じて職員に周知している。</p>	

Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		評価
判断基準	a) 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。	a
	b) 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。	
	c) 外部監査を実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)77.4%、b)6.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 法人として公認会計士による外部監査を実施し、その結果は経営会議などで共有される。現状では改善を要するほどの特段の指摘は受けていない。</p>	

## Ⅱ-2 人材の確保・育成

Ⅱ-2-1) 人事管理の体制が整備されている。		評価
Ⅱ-2-1-1) ① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。		
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の、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。	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の、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 16. 1%、b) 54. 8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 職員の計画的な育成に向けて法人として「キャリアパス運営手引き」を作成して体系的な人材育成の方策を明示し、求める人材像を明らかにして人事管理や研修を計画的に行っている。</p> <p>■ 改善課題 当事業所としては、地域の関係機関との連携強化や相談支援の充実に向けて社会福祉士をどう活用するかが課題であるとしている。また、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランに基づいた人事管理の実施については課題としており、職員自己評価でも「評価の着眼点」の各項目で肯定的な回答の割合はいずれも3割前後にとどまっている。さらなる取り組み強化に期待する。</p>	

Ⅱ-2-1-1) ② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。		評価
判断基準	a) 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。	a
	b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。	
	c) 定期的な人事考課を実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 64. 5%、b) 29. 0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 法人として人事考課制度を実施している。新たに人事評価を行う職員(考課者)には評価者研修を行い、評価の視点等の習得を図っている。人事評価は全ての正規職員と嘱託職員Aを対象として年2回行い、その都度、人事考課の目的、仕組み、手順、注意点などについて周知している。「人事考課表」で仕事の正確さ、責任感、規律、知識技能等を自己評価したうえで、「目標管理進捗書」とともに考課者へ提出し、事業グループ内で評価点を調整したうえで個別面談を行ってフィードバックしている。嘱託職員Bについては「自己申告書」の提出をさせている。</p>	

Ⅱ-2-2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		評価
Ⅱ-2-2-1) ① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。		
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ている。	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) 32. 3%、b) 54. 8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 職員の有給休暇の取得や時間外勤務の状況をデータ化し、経営会議で検討している。法人として昨年度から毎週2回の「定時退社デー」を設け、サブマネジャーが率先して職場を離れるようにして職員の時間外勤務の削減に努めている。また、昨年度、業務の効率化のために時間がかかる業務の洗い出しを行った。その結果、掃除と記録記入が負担となっていることが判明し、キャップ会議で改善策を協議して実行したところ、これらの業務の所要時間の短縮に繋げることができた。</p> <p>■ 改善課題 法人及び事業所として就業状況の把握や業務の効率化に努めているものの、職員自己評価では、「評価の着眼点」の全ての項目において肯定的な回答の割合が半分に満たない。その原因分析とともに、さらなる取り組み強化に期待する。</p>	

II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。		評価
判断基準	a) 職員の福利厚生や健康の維持するための取組を実施している。	b
	b) 職員の福利厚生や健康の維持するための取組を実施しているが、十分ではない。	
	c) 職員の福利厚生や健康の維持するための取組を実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 35.5%、b) 41.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 福利厚生センター(ソエルクラブ)に加入して福利厚生事業に取り組んでいる。特に本年度は法人創設60周年記念であったため、海外や国内での施設見学を組み込んだ視察旅行に対して助成を行った。職員互助会があり、親睦のための交流会、勤続年数、出産、資格取得などに応じたお祝い金がある。 法人としてハラスメント委員会を設置しており、部長クラスが窓口となって相談を受け付けている。</p> <p>■ 改善課題 ハラスメントに関する相談実績はなく、その原因分析は行っていない。なお、職員自己評価では、「評価の着眼点」の全ての項目において肯定的な回答の割合が半分に満たない。それらの原因分析とともに、職員が何か悩みを持ったときに気軽に相談できるための工夫、その解決を図るための体制のあり方など、さらなる取組強化に期待する。</p>	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		評価
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。		b
判断基準	a) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、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) 58.1%、b) 32.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 法人として「キャリアパス運営手引き」で正規職員を対象とした「人材育成の方針」を明示し、役割別人材育成体系(階層別研修、分野別研修、自己啓発援助、OJT等による研修実施方策)を定めている。それらに基づき、人材育成プロジェクトや教育研修委員会の設置によって体系的な研修の企画と実施を行う体制を整備している。さらに当事業所では計画的に月ごとのテーマを定め、施設長やサブマネジャーが講師となって事業所内研修を実施するなど、組織として職員の教育・研修に関する基本的な姿勢を明確に示して体制を整備している。</p> <p>■ 改善課題 当事業所職員の半数近くを占める非正規職員(嘱託職員A・B)の離職率は低く(昨年度の退職者0人)、安定的なサービス提供が可能となると推察するが、法人のキャリアパスとそれに基づく人材育成方策は正規職員を基本的に対象としたもので、嘱託職員A・Bは対象となっていない。また、職員自己評価の「評価の着眼点」の各項目では肯定的な回答の割合が1~3割程度のもも散見される。これらの原因究明とともに、非正規職員の教育・育成の機会拡充など、さらなる取組強化に期待する。</p>	

II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。	b
	b) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。	
	c) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修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)35.5%、b)45.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 「キャリアパス運営手引き」に基づき、法人では人材育成プロジェクトと教育研修委員会がそれぞれ階層別研修と実践発表やテーマ別の専門研修を企画実施し、当事業所では事業所内研修を毎月1回行っている。さらに他の四つの法人との合同研修や県社協主催の研修に参加する機会もある。当事業所では職員をそれぞれの職務や経験年数などに応じて必要な研修に参加させている。また、OJTチェックリスト、職務基準チェック表、役割基準チェック表などによって職務上に必要な知識や技術の習得を促している。</p> <p>■ 改善課題 職員育成に関する方針を明示し、体系的な研修計画を構築して取り組んでいるものの、それらは主に職務や経験年数を要件としているものであって、必ずしも職員一人ひとりの教育・研修計画に基づいて取り組まれているものとは言いきれない。また、嘱託職員Bに対しては勤務時間の関係から研修参加の機会が少なく課題である。職員一人ひとりの技量の分析や将来への意向等を踏まえた教育・育成計画の策定、また研修参加機会の少ない非正規職員への対応も含め、さらなる取組の強化に期待する。</p>	

II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) 研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。	b
	b) 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。	
	c) 研修成果の評価が定期的に行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)51.6%、b)29.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 参加した研修については復命書に研修概要をまとめて全職員に回覧するとともに、週礼や出張報告の際に研修報告の機会を設けている。法人内での研修については研修参加者の感想を記録し、教育研修委員会やグループ会議(グループ統括、サブマネジャー以上、事業所管理者)で検討して次年度の研修計画への反映に努めている。</p> <p>■ 改善課題 研修報告の共有や次年度研修計画への反映の取組みはあるものの、職員一人ひとりの教育・研修計画がないため、定期的に個別の評価・見直しを行っているとは言いきれない。職員自己評価の「評価の着眼点」においても肯定的な回答の割合が低い項目が散見される。職員個々の研修課題を明確化して育成に取り組むとともに、その評価を適切に行って次年度の計画に反映するよう、さらなる取組み強化に期待する。</p>	

## II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		評価
II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。		
判断基準	a) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。	a
	b) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。	
	c) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)83.9%、b)12.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 事業計画に「防災・安全・衛生活動計画」を掲げ、それに基づき、防災訓練(毎月)の実施や非常食の備蓄(1日分)などを行っている。法人にリスクマネジメント委員会、交通安全・防災委員会、安全・衛生委員会を設置して体制を整備している。 リスクに備えたマニュアルとしては、感染症マニュアル、救命救急法マニュアル、災害対応マニュアル、そのほか緊急時マニュアル(子どものケガ、地震、火災、台風、侵入者など)を整備して「職務遂行要領書」の中にまとめ、毎年度末に向けてそれぞれ担当する委員会、施設長、サブマネジャーで一斉に見直しを行っている。 定期的に救急救命法の研修を行い、また利用者一人ひとりのケースファイル、体調調査票、健康診断表を作成しており、緊急時にはそれらを持ち出し、状態を的確に伝えることができるようにしている。</p>	

II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。		評価
判断基準	a) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。	b
	b) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。	
	c) 利用者の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)64.5%、b)22.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 事故等が発生した場合はクラスキャップ、サブマネジャー、施設長の順に報告し、緊急を要する場合には担当職員が看護師に相談し施設長に報告する。改善対策は基本的にはクラス内で検討するが、遊具での事故が多かったことをきっかけにクラスキャップが中心となってサブマネジャーと相談しつつ改善策を講じた例や、作業療法士も含めて検討を行った例もある。 また、子どもの安全のためとして常時療育室に鍵をかけていたことについて、事業所内に検討チームを設置して1年間をかけて検討し、法人の研究発表会の機会に「園内の安全マップ」づくりの提案などを行った。検討すべき課題は研究発表の機会を活用して職員の中で検討して成果を共有することに努めている。そのほか、安全確保や事故防止に向けて危険予知トレーニング(KYT)などを実施している。</p> <p>■ 改善課題 事業所としてはヒヤリハットや事故報告に対する要因分析が不十分であると認識し、安全確保策の実施状況についての定期的な評価ができていないとしている。職員自己評価からも同様の傾向が読み取れる。さらなる取組みに期待する。</p>	

II-3-(1)-③ 非常災害時における利用者の安全確保のための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 非常災害時における利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。	b
	b) 非常災害時における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) 非常災害時における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)64.5%、b)32.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況          非常災害時に備えてハザードマップを作成し、緊急時マニュアル(地震、火災、台風、浸水、津波、積雪など)を整備して対応体制を定めている。消防計画において施設長が防火管理者となっており、避難誘導などの役割を定めている。災害発生時の避難場所を定め、年間計画に基づいて防災訓練を毎月実施している。          非常時に備えた備蓄としては非常食(フルーツ缶詰、ビスケット、飲料水など)を1日分用意して、定期的に更新している。</p> <p>■ 改善課題          職員自己評価の「評価の着眼点」では、肯定的な回答の割合が半分に満たない項目が散見される。職員に対するより高い防災意識への教育、避難や安否確認方法の全職員への周知徹底、地元自治会との連携など、さらなる取組み強化に期待する。</p>	

## II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		評価
II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。		
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)25.8%、b)58.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況          本年度の事業計画において、当事業所を含む法人内の発達支援グループが大切にしたい価値観を「地域で育む 子どもと子育て」とし、重点目標の一つに「生涯生活できる地域環境づくり」を掲げている。          市などからの障害児の親を対象とした学習会やイベント情報の中に、特に保護者にとって分かりやすいと思われるものがあると、事業所内の掲示に留めずに文書を配布して周知に努めている。保護者との会話や個別の座談会などから意向を拾い、利用しやすい公園や飲食店や医療機関などが掲載されている冊子(市総合療育相談センター「ゆめぼる」が作成)を示して情報提供している。          そのほか、事業所での夏祭りやクリスマス会などの際には、利用者や保護者と主任児童委員や高校生などボランティアとの交流を行ったり、日常の散歩の機会に地域の方々とあいさつを交わすなど、意識的に行っている。</p> <p>■ 改善課題          地域の関係機関との日常的なコミュニケーションや定期的な交流など、未だ意図的・計画的な取組みとまでは言いきれない。今後のさらなる取組みに期待する。</p>	

II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		評価
判断基準	a) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	b
	b) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)25.8%、b)48.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 事業計画で「生涯生活できる地域環境づくり」を掲げ、施設が培った技術・情報・地域などの専門性を地域へ還元していくことを明示している。本年度初めて隣保館(水島会館)の講座において当事業所の職員が講師を担った。特に隣保館主催の「子育て応援講座」では、3回開催されたうちの2回を当事業所が担当し、臨床心理士などが講師を務めて発達の状況や様子が気になる子どもや、その関わり方などについての理解を広めた。また、広報誌は法人として「くもしだより ふれあい」を発行し、地域に向けて法人の理念や当事業所を含めて法人各事業所の取り組みを発信している。</p> <p>■ 改善課題 事業計画に位置づけ、関係機関との連携により、事業所の持つ専門性を地域に提供する取組みを始めたところである。今後、隣保館、地区社協、法人の独自事業「ひろば にじいろ」(サロンや専門相談などを行う拠点)、当法人の児童発達支援事業所「きらり水島」と共同した相談事業の実施について検討している。今後のさらなる取組み強化に期待する。</p>	

II-4-(1)-③ ボランティア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)51.6%、b)22.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ボランティアの受入れについては事業計画の中で地域との連携方策の一つに位置づけている。受入れに当たってはボランティア及び実習生向けの資料「クラスの支援について」において、ボランティア活動を行うにあたって気をつけて欲しいこと、子どもとの関わり方などを明示し、活動の初日にサブマネージャーあるいはキャップがオリエンテーションを行って周知している。具体的な活動としては散歩、行事への協力などである。</p> <p>■ 改善課題 ボランティアの受入れに関して事業計画での記述があり、また活動を行うにあたっての注意事項などを資料化して説明の機会を設けている。しかし、ボランティア受入れについての事業所としての基本方針、姿勢、目的などは明文化されておらず、受入れ体制やマニュアル整備などにも課題が残る。さらなる取組み強化に期待する。</p>	



II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		評価
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。		
判断基準	a) 施設の役割や機能を達成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、その情報が職員間で共有されている。	b
	b) 施設の役割や機能を達成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るが、その情報が職員間で共有されていない。	
	c) 施設の役割や機能を達成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)38.7%、b)48.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 虐待対応のために、保健師、子ども相談センター、生活保護担当者、相談支援専門員、児童家庭支援センター等の各機能や連絡方法は明示し、日常的な情報共有、役割分担は明確で、個々の子どもの状況に応じた支援が行える体制となっている。総合療育相談センター「ゆめばる」が作成したハンドブックを活用して障害児が利用できる社会資源（行政機関、医療機関、飲食店、宿泊施設、プール、理髪店など）の情報を職員で共有するとともに保護者に提供している。</p> <p>■ 改善課題 関係機関との連携関係を構築し、保護者に対する一定の情報提供は行っている。しかし、個々の利用者の状況に応じた社会資源に関する情報を職員間で蓄積・共有・更新する機会や方法の標準化、あるいはそれを資料化やリスト化して保護者に積極的に情報提供を行なったりすることについては課題が残る。現状の分析とさらなる取り組み強化に期待する。</p>	

II-4-(2)-② 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) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。	b
	b) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。	
	c) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)41.9%、b)38.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 当事業所を含めて市内に6か所（医療型1か所、福祉型5か所）ある児童発達支援センターで、2か月に一回センター会議（市の障害福祉課職員、総合療養相談センター「ゆめばる」職員も参加）を開催している。そこではサービス管理責任者が中心となって子どもの入所に関する調整を行ったり、児童発達支援センターの機能の一つである保育所訪問の実施など行政の意向を踏まえての各センターの方針を協議したりしている。より深刻な課題を抱える家庭の子どもの受入れに関する方針などはセンターによって異なる場合もあるので、センター間相互の問題提起や行政に対する問題提起の機会にもなっている。</p> <p>■ 改善課題 会議などへの参加によって関係機関との連携の機会はあるが、個々の利用者に対するサービス提供の一環として関係機関の参画のもとで定期的なケース検討や連絡会を開催する、などのネットワーク化に取り組んでいるとまでは言いきれない。より良いサービス提供に向けて、関係機関とのさらなる連携強化の取り組みに期待する。</p>	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		評価
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。		
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズ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)35.5%、b)48.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況          当事業所の親子通園を担当している非常勤職員を「ひろば にじいろ」(法人独自の事業拠点でサロンや専門相談等を実施)に出向扱いで置いている。「ひろば にじいろ」が行っているサロンなどの事業や、保護者が参加する実行委員会への参加を通じて発達が気になる子どもの発見や把握に努めている。          また地区社協の関係者、民生委員・児童委員協議会、総合療養相談センター「ゆめばる」との日常的な情報交換の機会を通じて福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>■ 改善課題          「ひろば にじいろ」への職員出向や関係機関との連携による福祉ニーズの把握を始めているが、積極的に行っているとまでは言いきれない。今後、関係機関との連携によるニーズ把握の機会の定例化やニーズの整理・分析など、計画的な取組みの強化に期待する。</p>	

II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。		評価
判断基準		
判断基準	a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があり、実施されている。	b
	b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。	
	c) 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)32.3%、b)22.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況          法人の中期経営計画の柱の一つに「地域福祉ニーズに対応した開拓的事業へのチャレンジ」を掲げ、その具体化の一つとして「ひろば にじいろ」を本年度からスタートさせている。これは保護者同士が交流することでお互い支え合い、高め合う場とするという独自の子育て支援事業拠点である。さらに当事業所では事業計画に「機関連携とアウトリーチ、地域支援」を掲げ、「ひろば にじいろ」との連携や当法人の障害児相談支援事業所との連携など、地域に出向く取組みを位置づけ、潜在的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>■ 改善課題          当事業所では「ひろば にじいろ」との連携のほか、市内の児童発達支援センターによるセンター会議への参加、地区社協関係者との交流など、地域の福祉ニーズの把握に努めている。しかし、それら地域に視点を置いた取組みを意図的に始めているが、未だ事業所内で福祉ニーズを整理分析して事業活動を計画化するまでの取組みには至っていない。地域の福祉ニーズに基づいた専門性の発揮のあり方についての検討とその具体化に期待する。</p>	

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-1(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		評価
Ⅲ-1-1(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。		
判断基準	a) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。	a
	b) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重した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>■職員自己評価の結果 a) 87.1% b)6.5% c)6.5%</p> <p>■取り組み状況 ・法人の理念「ともに育ち ともに生きる」は玄関に掲示され、広報誌にも掲載している。さらにこの理念を支援の中で具体化させるため、事業所では「child first」を掲げ子どもの人権を尊重した支援をより鮮明にしようとしている。 ・子どもの人権を尊重した支援については、「職務遂行表」や法人が福祉サービス提供事業者として大切にしている考えをまとめた「クムレ10の心得」によって、共有している。事業計画作成においても、理念を根底にしており、特に今年度は、子どもの尊厳尊重の際たる支援として「鍵をしない療育」を目指している。また、人権意識を高く持ち続けるために、権利擁護・人権・職業倫理・虐待防止等内外の多くの研修に職員を参加させている。こういった取り組みで職員の支援観・倫理観の育成を図っており、職員自己評価でも高い肯定した結果を得ている。</p>	

Ⅲ-1-1(1)-② 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。		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、職員に周知するための取組を行っている。	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、職員に周知する取組が十分ではない。	
	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>■職員自己評価結果 a) 64.5% b) 6.5% c)22.6% 無回答 6.5%</p> <p>■取り組み状況 利用者のプライバシー保護について、実際の支援や会議等で配慮した対応を行っているものの、規定やマニュアルとしての整備状況は不足している。ただし、排泄や衣服の着脱マニュアルには、プライバシーや羞恥心に配慮することを一文ではあるが記載されている。</p> <p>■改善課題 ここでいう「プライバシー」とは、「他人の干渉を許さない、各個人の生活上の自由」を意味しており、いわばプライバシーの保護は、利用者尊重の基本である。利用者「保護者」からの信頼を得るためにも、プライバシー保護に関する具体的な取組が求められている。福祉事業に関わる者としての基本姿勢、実務における留意点等を盛り込んだ規程・マニュアルを整備し、職員に配布し説明をするなど周知が望まれる。</p>	

Ⅲ-1-(1)-③ コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。		評価
判断基準	a) コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a
	b) コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫が十分ではない。	
	c) コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a) 74.2% b) 16.1% c) 3.2% 無回答) 6.5%</p> <p>■取り組み状況 通所している子どものほぼ全員がコミュニケーションに課題を抱えているという。したがって、コミュニケーション能力の向上や周囲との良好な関係を構築するコミュニケーション力を修得するなどのために、ほぼ全員が支援職員の他、臨床心理士、作業療法士などの専門職を含む幅広い視点での検討による支援計画に基づいた支援を受けている。支援にあたって職員は常に子どもの表情や態度、行動面に気を配ってこどものサインを見逃さないようにし、子どもにあった方法で意思表示できるよう支援している。また、一人ひとりの発達等の状況に応じ、言語、実物提示、視覚、触覚、動作など様々な方法で子どもの力が伸ばせるように工夫している。必要があれば、子どもが話しやすい例えば祖父母に同席をしてもらうようなことも考えている。言語聴覚士が配置されていないことを課題だと感じている職員もある。</p>	

Ⅲ-1-(1)-⑤ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。		評価
判断基準	a) 見守りと支援の体制が整備されている。	a
	b) 見守りと支援の体制の整備が十分ではない。	
	c) 見守りと支援の体制が整備されていない。	
講評	<p>■職員自己評価結果 a) 77.4% b) 16.1% c) 3.2% 無回答 3.2%</p> <p>■取り組み状況 ・27年度の事業方針の一つは、child firstのもとに生涯地域で社会で豊かに成長・発達・生活できるようチームで自立支援をと述べている。事業所では、子どもがどこまで自力で行えるのかの生活力について、アセスメントで明らかにしている。アセスメントの結果は通所支援計画に反映させている。また、予測できる行為について、カンファレンスで協議し必要な支援実施について検討する体制が取られている。発達に応じた「自分でできる」が増えるように保護者と連携を密にしている。園と家庭との連続した支援実践のため、連絡帳や送迎の折に、また家庭訪問するなどして、保護者との相互理解のもと「介助が必要な時の判断」「対応方法」についてあらかじめ家族と相談し取り決めている。 ・また、子どもが「自分で行うことができる」ことが実現しやすいように、活動室の構造化、カードの利用により人に伝えられることができるよう環境等に工夫している。</p>	

Ⅲ-1-(1)-⑦ 虐待(拘束、暴言、暴力、無視、放置等)や体罰による人権侵害の防止策や、万一に備えての取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 虐待等をなくすための具体的な取組が行われている。	a
	b) 虐待等をなくすための具体的な取組が十分ではない。	
	c) 虐待等をなくすための具体的な取組が行われていない。	
講評	<p>■職員自己評価結果 a)74.2% b) 16.1% c)9.7%</p> <p>■取り組み状況 ・「虐待」は子どもの権利侵害の際たる行為として、その防止に取り組んでいる。「虐待」に限らず子どもの人権擁護の視点から内外の多くの研修参加の機会を設定している。特に内部研修では悉皆研修としており、参加できなかった職員には補講を実施している。研修は「虐待対応マニュアル」にて、虐待のメカニズム、虐待の起こる背景や児童虐待の防止に関する法制度、子どもに対する優位性等を学んでいる。 ・職員による子どもへの不適切な対応を見聞きた管理者層は、当該職員へ繰り返し説明している。また、事例として週礼等で議題に取り上げ、グループワークすることもある。一方、日常的に支援の振り返りは不十分さがあると自己評価している。 ・さまざまな方法で、職員の子どもの不適切対応防止に努めているものの、非常勤職員全員への人権意識の浸透は難しく、「なぜ、それが不適切な対応なのか」についての適切な根拠説明が出来る必要があると考えている。そのためには障害特性への理解を深める必要があり、研修参加や日々の業務を通じて研鑽への積み重ねに努めている。 ・「鍵をしない療育」をテーマにした支援に取り組んだ結果を、法人内研究発表会で発表したことも、職員の「虐待」についての認識が高められた。 ・また、施設長は職員のストレスも不適切な対応を生む遠因と考え、風通しの良い職場づくりに心掛けている。</p>	

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上向上に努めている。		評価
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上向上を意図した仕組みを整備している。		
判断基準	a) 利用者満足の上向上を目指す姿勢が明示され、利用者満足を把握する具体的な仕組みを整備している。	b
	b) 利用者満足の上向上を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。	
	c) 利用者満足の上向上を目指す姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■職員自己評価結果 a) 51.6% b) 38.7% c) 3.2% 無回答6.5%</p> <p>■取り組み状況 ・利用者本位のサービスを目指すにあたり、また、サービス改善につなげるプロセスとして、利用者満足の把握は重要な意味を持つ。当事業所ではアンケート調査のような手法で、利用者の満足度の集約は実施してこなかった。利用者個別の意見や意向を把握する機会は、家庭訪問、個別懇談のほか、連絡帳や送迎時など縦横に整備している。また、座談会、保護者会の役員会・総会・懇親会参加等は、保護者全体の意見を聞く機会になっている。 ・座談会は話題に取り上げたいテーマをアンケートで決めており、その中から、外食しやすいレストラン、遊びやすい公園などの社会資源を把握する機会にしている。 ・行事の後には、保護者へのアンケートを実施し、保護者にフィードバックし、次回の行事開催に活かしている。 ・今回第三者評価の際には利用者(保護者)にアンケート調査を実施している。結果は全項目について肯定率が高かった。</p> <p>■改善課題 利用者(保護者)からの意見等を把握するなかで、事業所に対する固有の満足度は察知していると推測できる。その固有の意見や意向等を利用者(保護者)全体のものとして集約させ満足度を把握するしきみの確立が求められている。いつ・誰が・どのような内容・方法で調査をし、その結果についての分析・評価はどのようなプロセスで改善に活かすかについて明確にした具体的なしくみづくりに期待する。</p>	

Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上に向けた取組を行っている。		評価
判断基準	a) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備され、実際にその向上に向けた取組を行っている。	C
	b) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■職員自己評価結果 a) 51.6% b) 29.0% c) 16.1% 無回答 3.2%</p> <p>■改善課題 組織として利用者(保護者)満足について、把握するしきみを持ってこなかったため、この項目への取りくみはなく、経営層の自己評価においても「C」評価であった。今後、今回の第三者評価受審を契機に、利用者(保護者)満足度の把握、及びその結果を満足度の向上に向けた取組を開始したいとしている。その際は調査結果の分析・検討する担当者・検討会議の設置などが求められる。また、このしきみを機能させることにより、組織全体で改善課題が共有化され、職員の利用者満足に対する認識が向上することが期待できる。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		評価
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。		b
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談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) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談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、相談方法や相談相手を選択できない。	
講評	<p>■職員自己評価結果 a) 58.1% b) 25.8% c) 12.9% 無回答 3.2%</p> <p>■取り組み状況 サービス利用契約時に重要事項を説明の上同意を得ている「重要事項説明書」に相談窓口を記載している。当事業所においては相談窓口を設置し、担当者を明記している。その他に岡山県運営適正委員会、第三者委員(2名)、行政機関、県社協の所在地と電話番号を明記している。しかし、保護者アンケートの結果は、他の項目に比して肯定率は低く、浸透が十分ではないことが窺える。(回収率71.6%、「はい」58.5%、「どちらともいえない」24.5%、「いいえ」5.7%、「無回答・非該当」11.3%)</p> <p>■改善課題 相談窓口や相談方法などの取組が実効あるものにするためには、利用者(保護者)に十分に周知される必要がある。この度のアンケート結果の要因について把握しその上で、何らかの対策が必要である。利用開始時の説明にとまらず、日常的に相談窓口を明確にし、その内容をわかりやすくするための工夫も大切である。</p>	

Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・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。	b
	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>■職員自己評価結果 a) 71.0% b) 19.4% c) 6.5% 無回答3.2%</p> <p>■取り組み状況 ・「苦情解決マニュアル」を作成している。そのマニュアルの中で苦情に対する基本姿勢を明示している。それによれば①「苦情への対応は全ての業務に優先する」②「相手の立場に立って誠意をもって対応」③「不当な要求には毅然とした態度で対応」④「苦情対応は透明性と説明責任を確保」とある。26年度は苦情・意見は10件発生しているが、全てが対応済みとされている(事業報告から)。 ・苦情や意見を受け止めた職員はリーダー層に報告、さらにリーダー層は苦情解決責任者である施設長に報告する。意見・苦情の内容により週礼や職員会議等で対応を検討する。結果については苦情申立者に報告をする。</p> <p>■改善課題 ・設置が義務付けられている第三者委員の名前は、事業所内に掲示するとともに、重要事項説明書に明示している。第三者委員の役割や活動は法人が定めている。第三者委員は、苦情解決についての密室性の排除と社会性・客観性の確保、子どもと保護者の立場に立った苦情解決の援助のために設置されている。この役割の活用については法人として検討する余地がある。 ・社会的に社会福祉法人として苦情の公表が求められている。公表は事業の透明性を図る上からも重要であり、苦情申立者の匿名性に配慮しつつ、苦情解決の一貫した流れの中で公表の仕組みづくりに期待する。</p>	

Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。		評価
判断基準	a) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。	b
	b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。	
	c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。	
講評	<p>■職員自己評価結果 a) 58.1% b) 9.7% c) 25.8% 無回答6.5%</p> <p>■取り組み状況 利用者(保護者)の意見や提案は日々の支援、連絡帳、送迎時、家庭訪問、個別面談などで積極的に把握し、サービスの改善に活かす方針である。また、意見や提案はキャップ会などの各会議体(ケース検討会議含む)、毎朝礼、週夕礼等で検討することになっている。</p> <p>■改善課題 当評価項目がいうところの「意見」は、苦情に限定されない広い意味での意見である。苦情に対しては、マニュアルが整備され迅速に対応がされているが、当評価項目に対しても同様な対応が求められる。経営層と職員自己評価結果の乖離についてなお検討の余地があり、職員との認識の違いにこの評価項目への改善のヒントがある可能性がある。</p>	

### Ⅲ－２ サービスの質の確保

Ⅲ－２－(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		評価
Ⅲ－２－(1)－① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。		
判断基準	a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。	b
	b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。	
	c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。	
講評	<p>■職員自己評価結果 a) 64.5% b) 25.8% c) 6.5% 無回答 3.2%</p> <p>■取り組み状況 ・職員は年1回、人事考課に際して自己点検表を使い業務の振り返りをする機会がある。 ・地域の障害児支援ニーズに応えることを期待されているものの、事業所の現状は障害児の通所利用支援施設としての機能を整えた段階であり、地域と連携して障害児とその家族が暮らしやすいまちづくりを支援する組織体制はこれからであるとしている。27年度は障害児支援の専門機関としてのさらなる機能強化、家庭の子育て力の強化をねらいにした事業計画のもと、重点目標「子どもの豊かな発達を支援する」を達成するにあたり、初めて第三者評価を受審している。第三者評価受審は管理者層を窓口にして、職員一人ひとりが自己評価に取り組んだ。</p> <p>■改善課題 法人は今後も継続して定期的に第三者評価を受審する方針を持っている。さらに評価結果は法人が報告会を開催するほか、事業所としてもグループ会議、職員会議等で共有し改善を図る方針である。また、第三者評価受審も含め、毎年、何らかの形で事業所の自己評価に取り組み、その結果分析、分析内容の検討までの仕組みについて組織的な体制整備の充実に期待する。</p>	

Ⅲ－２－(1)－② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。		評価
判断基準		
判断基準	a) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしている。	C
	b) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、十分ではない。	
	c) 実施した評価の結果を分析し、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>■職員自己評価結果 a) 41.9% b) 45.2% c) 6.5% 無回答 6.5%</p> <p>■改善課題 前述のように、評価受審実績はなく、また、人事考課に関連して実施する「自己点検」も職員が自省する範疇に留まり、事業所として集約はされていない。職員の自己評価結果からもこの評価項目に対する取り組みの弱さが推測される。第三者評価結果は真摯に受け止め、管理者層を中心に分析を行い課題の明確化を図る方針である。</p>	

Ⅲ－２－(1)－③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。		評価
判断基準		
判断基準	a) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施している。	b
	b) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施しているが、十分ではない。	
	c) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。	
講評	<p>■職員自己評価結果 a) 51.6% b) 32.3% c) 9.7% 無回答 6.5%</p> <p>■取り組み状況 法人内の他事業所(同事業)が実施した第三者評価の結果を参照して分析を行い、27年度事業計画に取り込んでいる。積極的な取組である。</p> <p>■改善課題 現状は、評価結果が明らかになっていない段階ではあるが、課題の内容に応じ、年度計画化するなど優先順位を決め、改善に取り組む方針である。改善計画作成にあたっては、職員や利用者(保護者)の意見・提案を反映させ、実効可能なものになることを期待する。</p>	



Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		評価
Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。		
判断基準	a) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。	a
	b) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。	
	c) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■職員自己評価結果 a) 64.5% b) 19.4% c) 32% 無回答 12.9%</p> <p>■取り組み状況 ・サービス提供の標準化への取組に各種のマニュアルを整備している。感染症対策・苦情解決・虐待防止・緊急時対応・安全対策等リスクマネジメントに関わるマニュアル類、食事・排泄・着脱等支援場面ごとのマニュアルを整備している。また「職務遂行要領書」には『業務にあたる上での心構え』(挨拶・身だしなみ・守秘義務・療育上の注意点等)、『実際の業務について』(療育・登降園の受け入れについて等、想定されるリスクとともに)がわかりやすく記載されている。 ・マニュアル類は主に、新人指導のOJTに活用しているが、通常の支援の中で活用頻度はそう高くないことが、職員自己評価より窺える。 ・子どもごとの通所支援計画には、マニュアルを基にした支援方法や配慮点が記載され実施していることから、事業所の定める方法を踏襲した支援の実践が確認できる。</p>	

Ⅲ-2-(2)-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、必要な見直しを行っている。	a
	b) 標準的な実施方法について定期的に検証しているが、必要な見直しを行っていない。	
	c) 標準的な実施方法について定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■職員自己評価結果 a) 77.4% b) 6.5% c) 9.7% 無回答 6.5%</p> <p>■取り組み状況 マニュアルに記載している支援方法と実際の支援について、管理者層が直接、支援現場に関わる中で整合性について把握している。整合性に課題がある場合は、その要因の一つとして考えられるマニュアルの見直しを、各会議体で検討する。また、「職務遂行要領書」は毎年、管理者層を中心に見直しが行われている。</p>	

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		評価
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。		
判断基準	a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。	b
	b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a) 77.4% b) 12.9% c) 3.2% 無回答) 6.5%</p> <p>■取り組み状況 サービス実施の記録としては、日々子どもの様子について書き込まれるクラスごとの「クラスノート」と、毎月のモニタリング記録としての「児童成長記録」とがある。「児童成長記録」は、支援課題ごとに「子どもの姿や様子」が書き込まれており、月単位の振り返りには有効である。</p> <p>■改善課題 日々の記録は、支援計画を念頭に記録されているというものの第三者には理解できない可能性がある。課題は、毎月のモニタリングに活用できる日々の記録とすること、「児童成長記録」に基づいてモニタリングが行えるようになることにある。また、「クラスノート」を日々の計画実践の個人記録と位置づけるのであれば、記録様式や内容に統一性がある方が活用しやすい。</p>	

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管理について規程が定められていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a) 77.4% b) 12.9% c) 3.2% 無回答) 6.5%</p> <p>■取り組み状況 記録管理者を施設長とし、利用者に関する記録は所定の位置に施錠管理されている。記録管理については個人情報保護の観点から守秘義務とともに個人情報保護についても年度始めに施設長から注意を喚起するべく話しがあり、机上の記録管理についても留意するよう周知が図られている。</p> <p>■改善課題 今後の課題としては、利用者との利用契約書にある記録の保存や開示に関する内容を職員向けに定め、記録の保管、保存、廃棄、そして開示を求められた場合に関する内部の取り決めを明文化しておくこと、個人情報保護法についてしっかりと学習する機会をもつことである。</p>	

Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。		評価
判断基準	a) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。	a
	b) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録管理について規程が定められていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a) 67.7% b) 19.4% c) 6.5% 無回答) 6.5%</p> <p>■取り組み状況 ・事業所に様々なルートから入る情報は、施設長に属するもの以外は、施設長及び2名の幹部職員による三者ミーティングで配信先などが検討され漏れなく適所に適切な情報が行き渡るような仕組みとしている。こども等にかかわる情報は、定期開催される給食会議、クラス会議、評価会議、全職員が出席するケース会議などで共有化され、緊急なものは毎日行われる朝礼で共有化が図られる。会議に出席できない職員には記録等を回覧し押印によって周知状況を確認する。また、情報共有の仕組みとして事業所内のLANシステムがある。その他にもクラスごとの会議、クラス責任者の会議など、縦横に情報共有の仕組みがある。 ・職員自己評価のコメントからは、半数近い非常勤職員との情報共有に課題があることが感じられる。</p>	

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		評価
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。		
判断基準	a) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供している。	a
	b) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供していない。	
講評	<p>■職員自己評価結果 a) 64.5% b) 29.0% c) 3.2% 無回答 3.2%</p> <p>■取り組み状況 ・利用希望者への事業所の情報は、法人が運営・管理するホームページ、法人発行の広報誌「ふれあい くもれだより」事業所独自のリーフレットで提供している。ホームページは、リーフレットとほぼ同じ内容で、療育方針・事業所の概要・療育内容・行事予定・日課等、を「単独通園」「親子通園」に分けて掲載している。掲載内容は平易な言葉使いでわかりやすさへの配慮が感じられる。年4回発行している「広報誌」は、法人全体の事業への取組状況を把握するには有効であるが、当事業所の情報が何時掲載されるかについては不透明な点がある。広報誌やリーフレットは、市内の相談支援事業所、保健所、市の所轄窓口等に配布している。リーフレットはさらに、視覚的効果とサービス内容のわかりやすさを課題にして、配布先の拡大とともに検討している。 ・施設長は市内の「民生委員児童委員協議会」で当事業所を紹介する機会があり、それに向けDVDの作成を進めている。作成したDVDは、今後、地域に向けて事業所情報を発信して、障害児に対する啓発活動に利用する意向を持っている。 ・見学者への対応は「単独通園」「親子通園」それぞれの管理者が対応している。見学者へはリーフレットで療育内容や、サービス利用するための手続き等について、時には質問に応えながら丁寧に対応している。対応方法は標準化しており、時には、療育場面に参加してもらうこともある。また見学者時の子どもや保護者の様子は「見学者カルテ」(食事・排泄・着脱等の生活状況、障害特性、行動特性等)に「発語が難しい」「切り替えが難しい」「一人遊びが多い」などの子どもの状況を記載し、入園後の療育に活かす取組がある。</p>	

Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。		評価
判断基準		
判断基準	a) サービス開始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) サービス開始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) サービス開始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>■職員自己評価結果 a) 80.6% b) 12.9% c) 3.2% 無回答 3.2%</p> <p>■取り組み状況 ・「単独通園」に関しては、4月の一斉入園に備えて3月中に「入園説明会」を実施する。施設長、担当保育者は、重要事項説明書に沿い、法人の理念、療育方針、利用料金等を説明し、その後質疑応答の時間になっている。利用者個別の状況は、保護者が記載し持参している「基本情報」等を確認して、見学者の様子とともに、初回のアセスメントにつなげる。また、アレルギー対応が必要な子どもは栄養士が、医療的な課題を持つ子どもは、主治医の診療情報記録を基に看護師が個別に面談している。 ・「成年後見制度」を必要としている子どもは現在も過去においても存在していないため、その対応については考えられてこなかった。しかし、今後、そのような事態が発生した際は、あらかじめ検討するとしている。社会的にはそういった状況が想定されることもあり、あらかじめ、相談先などの対応手順の取り決めが必要といえる。</p>	

### Ⅲ－４ サービス実施計画の策定

Ⅲ－４－(1) 利用者のアセスメントが行われている。		評価
Ⅲ－４－(1)－① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。		
判断基準	a) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っている。	a
	b) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めてアセスメントを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するための、アセスメントの手順を定めていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a) 71.0% b) 19.4% c) 3.2% 無回答) 6.5%</p> <p>■取り組み状況 ・支援計画の基となるアセスメントは、主にこどもの状況を捉える「アセスメントシート」と主に家族・地域の状況を捉える「基本情報」という所定の様式に、加えて、保護者から提出を受けるこどものかかりつけ医療機関やこどもが関係する他機関からの情報(検査結果や所見)等を基本資料として、児童発達サービス管理責任者(以下、サービス管理責任者)及びクラス責任者、クラス支援職員からなる会議(以下、アセスメント会議)で行われている。 ・アセスメントは、通園初期(平成27年度は1カ月程度)の暫定的通所支援計画につながるアセスメントと、本通所支援計画(以下、支援計画)に係るアセスメントに分けて行っている。暫定の見学や契約時に保護者から得た情報やその時のこどもの行動観察、提出書類などによって得た情報を基に先述のアセスメント会議で検討され、暫定支援計画が策定される。支援計画に係るアセスメントは、通園後1か月程度の間のこどもや保護者の状況に加えて、クラス責任者とクラス支援職員による家庭訪問によって、家庭環境を含めてより詳細なアセスメント情報を得る仕組みがあり実施されている。</p>	

Ⅲ－４－(1)－② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。		評価
判断基準		
判断基準	a) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。	a
	b) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示しているが、十分ではない。	
	c) アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a) 71.0% b) 19.4% c) 3.2% 無回答) 6.5%</p> <p>■取り組み状況 ・すべてのこどもについて、一人ひとりのニーズや課題の抽出を明確化して計画に反映させるために、アセスメント会議の内容を「課題整理票」(様式)に記録して、話し合いの内容や気づき等の見える化を図っている。「課題整理票」では、「発達」、「家庭」、「地域」の各支援カテゴリーそれぞれに、発達ニーズや意向、初期状態の評価、支援者の気になること、解決すべき課題などの記載欄を設け、具体的な書き込みがされている。</p>	

Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		評価
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。		
判断基準	a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。	a
	b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。	
	c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a) 58.1% b)32.3% c)3.2% 無回答)6.5%</p> <p>■取り組み状況 ・通所開始直後の暫定通所支援計画は、サービス管理責任者とクラス責任者及びクラス支援職員によって検討することになっているが、本支援計画策定には、アセスメントの内容によって臨床心理士、作業療法士、管理栄養士、看護師等の参加を求めて、専門分野からの意見を交えて支援内容の検討をしている。子どもや家族を計画策定会議に参加メンバーとはしていないが、クラス責任者とクラス支援職員が個別面談、家庭訪問等により意向把握や説明を時間をかけて行い、支援計画に反映させている。また、保護者への説明段階で、新たな課題が確認された場合には改めて会議に諮るといった方法で、保護者の意向を吸い上げている。利用者調査では、多数の家族のコメントから、計画策定に対して十分に家族の意向が事業所に伝わっている様子を読みとることができる。</p> <p>・支援計画には、子どもへの配慮事項等が具体的に記載されており、このことを含めて支援計画に沿った支援実践状況をクラス責任者(キャップ)が把握し、必要に応じてサービス管理責任者に報告する取り決めに実践している。クラス責任者は、クラス責任者の会議、クラス会議、支援現場への臨場、クラスノートなどによって個別支援計画に沿った支援状況を把握している。子ども一人ひとりの支援状況は、クラス会議で支援の流れを確認することによって、個別支援計画に沿った支援状況を把握している。</p> <p>・職員自己評価からは認識のズレが見られ、クラス間の取組の整合性、非常勤職員への仕組みの周知といった課題が感じられる。</p>	

Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) サービス実施計画について、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。	b
	b) サービス実施計画について、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) サービス実施計画について、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>■職員自己評価の結果 a) 54.8% b)32.3% c)3.2% 無回答)9.7%</p> <p>■取り組み状況 支援計画の見直しについては短期目標は3か月、長期目標は6か月ごとに見直すことになっており、サービス管理責任者を含めて実施している。子どもの状況によっては毎月の見直しを行う。緊急な見直しについて明文化はされていないが、子どもの状況の変化や家族からの要望等により見直しの必要性をクラス責任者が把握した場合はサービス管理責任者を含めたクラス会議等で検討をする形はできている。</p> <p>■改善課題 見直しに関する詳細な取り決めはない。管理者層は、見直しの時期、サービス管理責任者の関与等は決められているが、更に、しっかりとした取り決めをしておく必要があると自己評価している。</p>	

## IV 具体的なサービス内容

### IV-1 日常生活支援サービス

IV-1-(3) 排泄		評価
IV-1-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。		
判断基準	a) 介助は快適に行われている。	C
	b) -----	
	c) 介助は快適に行われていない。	
講評	<p>本評価細目の判断基準は、a)とc)であり、b)の設定は無い。合議に参加した経営層3名(園長、児童発達管理責任者2名)は、a)と判断している。一般職員は、4項目の着眼点の実施状況は、51.6%~25.8%と肯定率は低いが、a)と判断している職員が74.2%である。これはb)の選択しがないことが影響していると推測できる。判断の根拠の一つである、利用者(保護者)アンケートではこの評価項目に関連させた直接的な設問は設定されていないので根拠としての活用はできない。改善を期待する方針から c)と判断した。</p> <p>■職員自己評価の結果 a) 74.2% b)0.0% c)9.7% 無回答)16.1%</p> <p>■取り組み状況 ・排泄支援の主眼は、おしりの周りが濡れたままでいない状態をつくることにあるという。 ・排泄上の課題や支援のポイントは、すべての子どもに対するアセスメントとそれに基づく支援計画によって定め、子どもからの尿意の発信、見守りや着脱、仕上げの介助など子どもの状況に合わせた細かな支援が行われている。家庭とも情報を交流させながら少しずつ自立に向かうトイレトレーニングに取り組んでいる例もある。</p> <p>■改善課題 ・排泄に関するマニュアルは使用用具を子どもに合わせたものを使うように定めたものである。第三者評価で求めている「安全・プライバシー・便意・尿意・失禁への対応」に関する内容は含まれていない。排泄環境(トイレ・用具)の清潔保持については、衛生マニュアルに沿って実施している。 ・排泄介助に関する記録としては、排泄の有無や回数についてのチェック表への記載に留まっており、日々の支援状況を記録している「フロアノート」への書き込みは定められていず、記載は職員によるバラツキがある。</p>	

III-4-(1)-② トイレは清潔で快適である。		評価
判断基準	a) 清潔で快適である。	
	b) -----	
	c) 清潔かつ快適ではない。	
講評	<p>本評価細目も判断基準は①と同様である。合議では、着眼点6項目の中で「冷房設備がある」についてのみ未実施であるが、a)と判断している。一般職員は、「冷房設備がある」については、やはり同様に肯定率は低い。その他の4項目は45.2%~83.9%と全体的には肯定率は高い。保護者アンケート調査項目「事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか」の設問に対し、「はい」90.4%と高率だが、臭いがあるとの指摘がある。改善を期待した新館、旧館を含めた評価であり、c)と判断した。</p> <p>■職員自己評価の結果 a) 71.0% b)0.0% c)22.6% 無回答)6.5%</p> <p>■取り組み状況 トイレの設備、補助具の配備等トイレ環境の点検は、毎月の安全点検の際に行われている。快適な空間となるよう防臭剤の使用や汚れた都度の清掃等をまめに実施している。</p> <p>■改善課題 ・支援に使用している新館・旧館の建物環境には下水道・採光・冷暖房に落差があり、職員自己評価も分かれ、利用者調査にも汚物の臭いについて指摘がある。 ・新館も旧館も清潔に保たれているが、旧館を使用(親子通園で使用)している当事者を含めた利用者主体の視点から評価をしているので、可能な限りの改善を期待する。</p>	

IV-1-(7) 健康管理		評価
IV-1-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。		
判断基準	a) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。	b
	b) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制は整備されているが、取り組みが十分ではない。	
	c) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a) 74.2% b) 19.4% c) 3.2% 無回答) 3.2%</p> <p>■取り組み状況 一人ひとりのこどもの通園時の健康状態は、家庭からの連絡ノートの他に各クラスに配備されている「健康調査票」(支援職員が記入)によって把握することになっている。腹痛や嘔吐など、通園中に健康状態に変化が見られるときには看護師が判断・対処することになっている。看護師は緊急性の判断基準を決めて受診指示をしている。</p> <p>■改善課題 当園に隣接する地域に緊急時受診をする医療機関があるが、事業所ではよりスムーズな対応がしてもらえるよう連携への取り組みが必要と考えている。障害のあることも理解してもらえるような働きかけなどが考えられているが、職員の健康面にも関わる看護師としては今のところ着手できていない。今後の取り組みが期待される。</p>	

# 【児童発達支援センター・付加項目】

《平成27年度東京都版評価項目より抜粋》

\*「講評」の「取り組み状況」文頭の算用数字は、評価項目番号にあたる。 非公表

6-4-(1) 個別の支援計画に基づいて子ども一人ひとりの発達の状態に応じた支援を行っている。		評価
判断基準	a) 個別の支援計画に基づいて子ども一人ひとりの発達の状態に応じた支援を十分に行っている。	a
	b) 個別の支援計画に基づいて子ども一人ひとりの発達の状態に応じた支援を行っているが十分ではない。	
	c) 個別の支援計画に基づいて子ども一人ひとりの発達の状態に応じた支援を行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 下記の講評の文末の( )内に「実施できている」とする回答を%表示。</p> <p>■取り組み状況 1.支援計画に沿った支援が行われていると考えられる。各クラスのキャップが、キャップ会議やクラス会議で支援の流れを確認することによって個別の支援計画と実践の関連を把握することができ、また、キャップ自身も療育現場に臨場していることやクラスノートからも読み取ることができる仕組みになっている。(職員自己評価:87.1) 2.こどもとのコミュニケーションは、通所支援計画に基づいて工夫・実践している。詳細は評価項目Ⅲ-1-(1)-③を参照のこと。(職員自己評価:87.1) 3.関係機関との連携は、教育・福祉・医療の各分野で多岐にわたって実施している。例えば、保育園・幼稚園とは、各園への訪問により就園前の情報共有の他、就学後のフォローも視野に情報交換等による連携をし、「ゆめばる」とは利用児の紹介を受けたり保護者会へ講師派遣を依頼するなどしている。また、機関連携会議では、虐待ケースの支援検討などに参画をするなど、広角に多面的な連携をしている。(職員自己評価:71.0)</p>	

6-4-(2) 子どもが食事を楽しめるよう支援を行っている。		評価
判断基準	a) 子どもが食事を楽しめるよう支援を十分に行っている。	a
	b) 子どもが食事を楽しめるよう支援を行っているが十分ではない。	
	c) 子どもが食事を楽しめるよう支援を行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果:各講評の文末の( )内に評価項目及び「実施できている」とする回答を%表示。</p> <p>■取り組み状況 1.「楽しいひとときとしての食事提供」について、その話し合いは行われていないが、各クラスから毎日、食後の感想が書面で給食係に渡り、管理栄養士はこどもの食べ具合を見て廻っている。残滓調査や給食会議での話し合いも参考に、成育に必要な栄養だけではなく、視角・嗅覚への配慮もし、子どもたちに喜んで食べられる献立にしている。行事食は楽しい食事としての意味を含んでいるという。食事場面での環境設定等に特に楽しい食事を意識した取り組みは感じられなかった。(職員自己評価:51.6) 2.こどもの状態やペースにあった食事となるよう、支援計画に基づいた食事支援が行われており、刺激の制限を目的としたパーテーション設置、食事姿勢を保つためのイスの工夫や補助具の使用なども随所に見られる。また、盛りつけは各クラスで支援職員が、一人ひとりの状況や課題を念頭にやっている。ゆったりとした様子でこどもの見守り、言葉かけ、介助をしている職員が多い。こどもの状況によっては手づかみでも食べられるような形状による提供、離乳食後期から普通食へステップアップする支援も行っている。(職員自己評価:93.5) 3.食事提供の一義的な意味づけは「安心できる食事環境の提供」にあるという。感染や食中毒からの予防としてラップの使用や提供時間の厳守、食器の素材の選択、発達に合わせた食器使用、お手ふきの持参などが具体的実践としてあげられた。咀嚼や嚥下に課題があるような場合は管理栄養士と話し合わせ対応策がとられる。(職員自己評価:71.0) 4.食物アレルギーや疾患等、食事提供に配慮が必要なケースは、医師の診断書に基づいて代替え食の提供等、食品、献立、調理に配慮し、見た目も異なる献立や調理となる場合には、こどもの座り位置にも配慮している。(職員自己評価:80.6) 5.食への関心を深めることを目的として、おにぎり、ホットケーキ、白玉団子などのクッキングの取り組みがある。芋掘りなど畑を使った取り組みも月2回ほど予定しているが、始まったばかり。(職員自己評価:54.8) 6.食についての家族との話し合いは、アセスメント段階、家庭訪問、個別面談、連絡帳や帰宅時報告等で行っている。例えば、体重管理や発達相応の食事が取れないケースなどは管理栄養士が計画策定に加わり、家庭での食事支援を含めて直接家族の相談にのる支援も行われ、効果をあげている。(職員自己評価:77.4)</p> <p>■改善課題 ・「楽しい食事時間」について、献立だけではなく環境設定などの点からも組織的検討をしてみると、より質の高いサービス提供につながると思われる。</p>	



6-4-(3) 子ども一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている。		評価
判断基準	a) 子ども一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を十分に行っている。	b
	b) 子ども一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っているが十分ではない。	
	c) 子ども一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 下記の講評の文末の( )内に「実施できている」とする回答を%表示。</p> <p>■取り組み状況 1.身の回りのことを自分で行えるようにするための支援は、基本的には支援計画に沿って実施している。実践の現場では、なるべく自分でできるようにするため芽生えている部分を伸ばすよう、手かかりをもとに促しの支援をするようにしている。(職員自己評価:90.3) 2.基本的な生活習慣や社会性についても基本的には支援計画に沿っている。子どもの状況によって無理のないように例えば、名前を呼ばれたら言葉ではなく手を合わせることでお返事とすることにするなど、子どもの特性や理解状況を見ながら支援をしている。(職員自己評価:77.4) 3.子どもの心身の発達や社会性を育む支援は、待つことやルールを身につけることを目標としている。日常場面でも順番待ちなど社会性を身につける機会はあるが、グループ遊びや運動などの集団活動を通じた支援も行っている。集団活動の適否は、遊び場面の評価をもとにして、検討するなど、個別的で根拠のある支援を実施している。(職員自己評価:77.4) 4.一人ひとりの能力を活かす個別プログラムの実施としては、子どもが好きなこと、興味を持つことを支援計画に取り入れて課題の解決に取り組んでいるとしている。(職員自己評価:90.3) 5.送迎は、原則として自主通園としているが、子どもや保護者の状況に応じて送迎バスを提供している。乗車することの留意点等は添乗する支援職員が把握して対応している。(職員自己評価:71.0)</p> <p>■改善課題 ・「子ども一人ひとりの状況に応じた生活上、必要な支援」としてはよく実施できていると言える。4について、子どもの強み(事業所は、「好きなこと」と表現)を課題解決の手段に留めるのではなく、強み(できること)の発見に努め、引き出し、活かす支援は、エンパワメントにつながる支援として重要であり、社会福祉現場に求められている。今後の取り組みを期待したい。</p>	

6-4-(5) 子どもの主体性を尊重し、施設での生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている。		評価
判断基準	a) 子どもの主体性を尊重するとともに、施設での生活が楽しく快適になるような取り組みを十分に行っている。	a
	b) 子どもの主体性を尊重しているが、施設での生活が楽しく快適になるような取り組みが十分ではない。	
	c) 子どもの主体性を尊重し、施設での生活が楽しく快適になるような取り組みを行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 下記の講評の文末の( )内に「実施できている」とする回答を%表示。</p> <p>■取り組み状況 1.子どもの主体性を尊重した支援として、日常支援においては、子どもが自ら要求できるよう、様々な場所にカードを置いて、子どもがやりたいことを大人に示せるようにし、大人(職員)は適時に子どもの要求に応えられるよう、見守る。また、子どもがやりたいと思うことを支援計画に取り入れ実現するよう環境を整えている。子どもがやりたいことに対して親の反対があった事例は、専門職の介入支援によって親の納得を得て実現した例もある。(職員自己評価:74.2) 2.子どもが安心して活動できる環境の工夫については、子どもの状況によって安心できるよう、刺激を制限するためのパーテーションの設置、安全面から備品に工夫を加える等が見られる。(職員自己評価:80.6) 3.子どもの状況や希望に沿った多様な体験支援としての取り組み(クリスマス会や保護者を前にしたクラス発表会などが例示された。)はいずれも、事業所主導で計画され、希望による参加ということではあるが、一人ひとりの支援課題に応じた支援という視点で実施されているとは認めがたい。(職員自己評価:54.8)</p> <p>■改善課題 ・できていないわけではないと言う消極的aの評価である。3について、現在の取り組みが楽しみや交流といった目標に留まるのではなく、多様な体験が子ども一人ひとりの生活の幅を広げる取り組みとして意識化され、一人ひとりの生活に密着した体験支援となることが期待される。</p>	

6-4-(6) 家族との交流・連携を図り支援を行っている。		評価
判断基準	a) 家族との交流・連携を図り支援を十分に行っている。	a
	b) 家族との交流・連携を図り支援を行っているが十分ではない。	
	c) 家族との交流・連携を図り支援を行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果：下記の講評の文末の( )内に「実施できている」とする回答を%表示。</p> <p>■取り組み状況</p> <p>1.園や家庭におけるこどもの日常行動などに関する家族との情報共有は、日頃、各自の連絡帳や相談ノートの交換、通園終了時のお迎えの時などに、通園中の様子や家庭での様子について情報を交換し、家庭と連携した支援や、通園中の支援にも活かしている。保護者全体には、クラス便りを毎月発行して月の予定や出来事などを家庭に届けている。(職員自己評価：64.5)</p> <p>2.家族の意見や要望を活かした支援としては、連絡帳や個別面談、家庭訪問、保護者会から家族からの意見や要望を得て、夏祭りの実施や基本的な支援時間後に行っている「放課後キッズサークル」、兄弟児支援として遊びの場、語りの場を提供、OB会の実施などに具現化している。(職員自己評価：67.7)</p> <p>3.家族の状況に配慮した相談対応として、家庭環境がこどもの発達に大きな影響を与えるという認識から、家族に関するアセスメントを実施し、家族支援も計画化して取り組んでいる。例えば、家庭でのパニック対応などの療育相談や兄弟児・祖父母についての相談にも応じている。家族からの情報把握を支援課題として取り組みを進めている例もある。家族への相談対応はサービス管理責任者が助言をしている。(職員自己評価：71.0)</p> <p>4.こどもの発達や家族にあった療育方法についての助言については、上記3に含めた。(職員自己評価：61.3)</p> <p>・利用者調査では、家族の精神的サポートについて否定的回答が約30%と、他の項目よりも多い。家族支援は緒に就いたところなので今後の展開に期待したい。</p> <p>■評価項目以外の独自の取り組み</p> <p>・保護者との子育て「協働関係構築」の場として、テーマを設けた話し合い、学習会(療育や就学、福祉サービスに関する情報を学ぶ)、玩具づくり、参加者からは「以前よりも悩みを抱え込まなくなった」との感想も聞かれている。子育てスキル学習の場としてペアレントトレーニングを実施。</p> <p>・当園には保護者の自主運営による保護者会がある。親の声を拾うという目的に加えて、ここ数年は保護者が自らの力で子育てができるようになる(エンパワメント)ことを目的として、保護者会主催の勉強会等の取り組みへの情報提供や人的支援、保護者が地域の福祉関係職の会で発表をする機会をつくる等の支援も実施されるようになり、また、保護者会独自でキッズサークル、手芸・運動サークルなどを運営するようになっている。</p>	

6-4-(7) 地域との連携のもとに子どもの生活の幅を広げるための取り組みを行っている。		評価
判断基準	a) 地域との連携のもとに子どもの生活の幅を広げるための取り組みを十分に行っている。	b
	b) 地域との連携のもとに子どもの生活の幅を広げるための取り組みを行っているが十分ではない。	
	c) 地域との連携のもとに子どもの生活の幅を広げるための取り組みを行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果</p> <p>下記の講評の文末の( )内に「実施できている」とする回答を%表示。</p> <p>■取り組み状況</p> <p>1.こどもの状況に応じた地域情報の提供として、こども一人ひとりの状況や環境などを家庭訪問時を含めてアセスメントし、医療機関、子連れで行けるスーパー、学習塾などの社会資源情報をそれぞれに提供しているとしている。また、保護者全体を対象として、子育てに関する映画や講演会・講座、親子で楽しめる催しなどの情報は保護者向け掲示板に貼付して提供している。掲示内容については、幹部職員の三者ミーティングで検討される。(職員自己評価：51.6)</p> <p>2.必要に応じて地域資源を活用した多様な体験や交流の支援として、公園遊び、散歩、ワンデーマーチ等があげられている。(職員自己評価：48.4)</p> <p>3.地域の在宅障害児や関係機関等を対象とした支援は、「ひろばにじいろ」に出向しての子育て相談や、地区社協等の関係か機関からの相談対応、隣保館の講座に作業療法士、保育士、臨床心理士等の専門職員の派遣等を行っている。(職員自己評価：32.3)</p> <p>■改善課題</p> <p>・2について、こどもの特性等の個別状況を念頭においた企画であり、参加中の支援であることが求められる。地域生活での生活の幅を広げる取り組みとして、こどもが生活する地域やどう暮らしたいかのアセスメントを充実させた上で、一人ひとりの参加目標や関わりにテーマをもたせた個別的支援(関わり、目配り、気配り)が期待される。当園の取り組みは、結果として、家庭とはひと味違った体験となっていることが推察されるが、参加児個々の参加根拠が不明である。職員の自己評価も低い。</p>	



## 児童発達支援センター クムレ 御中

### 福祉サービス第三者評価「総評」

#### <使用した評価基準・判断基準と着眼点>

##### ○使用した評価基準

今回の第三者評価の基準は「岡山県福祉サービス第三者評価基準」障害者・児施設版のうち、障害児通所支援事業所版を使用した。この基準は、国の「福祉サービス第三者評価基準ガイドライン」に基づく岡山県版である。

岡山県版では、当事業所における直接的な支援に関する評価項目（評価細目）は下記のみである。

- ・IV-1-(3)-①「排泄の介助は適切に行われている」
- ・IV-1-(3)-②「トイレは清潔で快適である」
- ・IV-1-(7)-②「必要な時に、迅速かつ適切な医療が受けられる」

そのため、評価基準としては不足していると判断し、当事業所に相談して、東京都版（都評価推進組織）の評価項目から適切と思われる項目を選択して追加し、評価を実施した。

##### ○判断基準

福祉サービスの第三者評価では、事業所活動の現状に関する自己評価、利用者調査、資料・文書、および評価調査者が聞き取り調査を実施して得られた情報を総合的に判断して、評価を行う。このときの判断基準として、a)・b)・c) の水準が示されている。

この3段階の判断基準は、最低基準を満たしていることを前提とし、それぞれ下記の通りに内容が示されている。

###### a) 評 価

よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

###### b) 評 価

a) 評価に至らない状況、多くの施設・事業所の状態で、a) 評価に向けた取り組みの余地がある状態

###### c) 評 価

b) 評価以上の取り組みとなることを期待する状態

## ＜留意点＞

今回使用した評価基準ガイドラインは「障害者・児施設版」であり、共通評価項目Ⅰ・Ⅱ・Ⅲは、平成26年度に実施した保育園版とは一部異なる。異なる点は、Ⅰ-2-(1)-①・②である。判断基準はa)とc)であり、b)は設定されていない。その理由は、制度政策の推移や外部環境の変化に対応させるべく、全国社会福祉協議会（全社協）に委員会を設置し、評価基準を見直してきているが、障害者・児分野の見直しは平成27年度の取り組みであり、まだ平成17年度版を使っているからである。今後、厚生労働省担当部局から新たな通知されるものと思われる。

蛇足であるが「保育所版」についても、平成26年度の見直しに基づいて、平成28年3月1日に改訂版が都道府県に向け通知されている（厚生労働省雇用均等・児童家庭局長／社会・援護局長通知「保育所における第三者評価の実施について」）。

## ○評価細目ごとに示される「着眼点」

着眼点は現場の活動や取り組み状況を判断する際にチェックすべき点で、評価を行う際の視点になる。評価項目により着眼点の項目と数は違うが、この着眼点の実施状況を参考にして、評価・判断が行われる。

職員自己評価でも着眼点によって自事業所の実施状況を判断し、取り組みを総括して、判断基準a)・b)・c)のいずれかであるかを職員が判断する。

## ○評価機関としての判断基準

評価機関として判断基準a)・b)・c)を判断するときの根拠として、経営層（施設長・マネジャー、児童発達管理責任者・サブマネジャー2名）からの聞き取り内容、規程・マニュアルなど書類の確認、利用者調査（アンケート）結果、および職員自己評価は「a)評価が60%を超えること」を一つの基準とした。

評価細目ごとの講評には、職員調査のパーセントを記載し、評価a)の場合、基本的には「取り組み状況」のみ記載し、b)・c)の場合は「取り組み状況」と「改善課題」を記載している。

## ＜第三者評価の結果＞

### ○特に優れていると思われる点

評価項目（細目）ごとに判断し、取り組み状況と改善課題を明示しているので参考にされることを期待します。

職員自己評価は、対象職員32名、回答者31名（回収率96.9%）と高率でした。さらなる取り組みを期待し、総評とします。

## 1. 施設長は職員体制等が厳しい中においてリーダーシップを発揮し、組織運営と

### サービスの質の向上に努めている

当事業所は開設後3年目であり、施設長は就任2年目という状況において、施設長は児童発達支援センターの本来的な役割発揮に向けた改善を進めるため、管理者層を形成するサブマネジャー2名との話し合いを最も重視している。そのため、毎月1回「三者ミーティング」を開催し、さまざまな案件の協議と意思決定の場としている（そのほかにも必要に応じて随時開催）。

職員は32名中15名が非常勤で、そのうち勤務日は週3～5日、勤務時間は9～15時という職員（嘱託職員B）が12名を占める体制である。そのため、職員間の共通理解の構築が難しい環境にあるが、施設長はサブマネジャーとともにクラスキャップを通じた情報伝達と周知に努めるとともに、法人の研修に加えて、毎月テーマを定めて事業所内研修を計画的に開催し、職員の資質の向上を図っている。

## 2. 児童発達サービス管理責任者(サービス管理責任者)を中心に、全利用者の

### アセスメントと支援計画が立てられ、個別支援を軸にサービスが提供されている

支援計画の基準となるアセスメントでは、家族・地域の状況、保護者からの子どもの生活状況、医療機関など関係機関からの情報も幅広く把握し、サービス管理責任者及びクラス責任者、クラス支援職員からなる「アセスメント会議」で支援課題を検討して、暫定通所支援を策定している。通園後1カ月をめどに、クラス責任者とクラス支援員が家庭訪問し、家庭環境を含めてより詳細なアセスメントを実施している。

なお、アセスメント内容によっては臨床心理士、作業療法士、管理栄養士、看護師の参加を求め、専門分野からの意見を交えて支援内容を検討している。

利用者調査では、多数の家族のコメントから、計画策定に際して家族の意向が十分に事業所へ伝わっている様子を読み取ることができる。

一方、職員自己評価では認識のずれが見られ、クラス間の取り組みの整合性、非常勤職員へのしくみの周知などに課題が感じられる。アセスメントシートの改善や多職種による検討の開始も始まったところであり、充実に向けた取り組みを期待する。

## ○改善が求められる点

### 1. 事業計画に対する職員参加の充実—特に地域との交流と連携の視点から

年度の事業計画は法人の中期経営計画を踏まえて策定している。また、本年度からは事業計画の進捗状況や課題等に関する職員の意見を集約し、施設長とサブマネジャーで

整理・分析して、それを次年度の事業計画の策定につなげようとしている。

しかし事業計画の遂行にあたっては、各重点目標の達成に向けた具体的な取り組みに関する担当体制、スケジュールの設定、それらの進捗管理の機会や方法等は、必ずしも明確とは言い切れない。職員自己評価では、評価項目である中長期計画及び事業計画の策定について「理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている」が67.7%、また「事業計画には、中長期計画の内容を反映した各年度における事業計画が具体的に示されている」は61.3%が肯定しているが、課題・問題の具体的明示や計画の実施とその評価については50%を切っている。職員のコメントには「事業計画の策定は一部の職員によって行われている」などの意見が散見されるところでもある。

当事業所は、子どもたちへの直接的支援にとどまらず、事業計画では重点目標として「家族の子育て力の強化・支援」「機関連携とアウトリーチ」を取り上げている。障がい児が地域でその子どもらしく生活するためには、地域の関係機関との連携や、住民への啓蒙活動、そして幅広い地域ネットワークづくりとそこへの参加が課題となる。

当事業所では、家族支援の取り組みを開始し、地域との交流・連携に力を入れ出し、法人内の他事業所や関係機関とも協働した活動に取り組んでいる。法人の理念でもあり、この活動に全職員が関心を持って参加し、役割を果たせるようさらなる取り組み強化に期待する。そのためには、事業計画の策定と遂行の各プロセスに積極的に職員の参画を図り、組織をあげて計画的に事業展開することが求められる。

## 2. 子どもの生活の幅を広げるための多様な体験支援

一人ひとりの子どもの能力を生かす個別プログラムの実施として、当事業所ではそれぞれが好きなこと、興味を持っていることを支援計画に取り入れ、課題の解決に向けて取り組んでいる。

一方、地域との連携のもと子どもたちの生活の幅を広げる取り組みについては、職員自己評価の肯定率は3~5割にとどまる。現在は、公園あそび、散歩、ワンデーマーチに取り組んでいるが、経営層は「当事業所の利用者の通園状況を見ると少子化や就労する親子の増加、新規事業者の市内参入などが影響して、1~2歳児の需要増加は見込めず、3歳児に焦点化する必要がある」と見通しを述べている。

今後増加するであろう対象児の成長、支援の特性などを意識し、ぜひ子どもの生活の幅を広げるための多様な体験に、地域との連携のもとに取り組むよう期待する。

## 3. 利用者尊重の基本であるプライバシー保護マニュアル作成と職員教育の徹底

ここでいうプライバシーとは「他人の干渉を許さない、各個人の私生活上の自由」を言う。つまり、プライバシーの保護は「他人から見られたり知られること」を拒否する権利であり、それは利用者尊重の基本姿勢でもある。「個人情報」と「プライバシー」は重なり合う部分が多く、しばし混同されるが、概念は異なる。

人権意識を高く持つ当事業所では、支援実践において子どもや保護者のプライバシー保護に配慮していると想定される。また福祉事業の従事者としての職業倫理の研修でも「プライバシー保護」に触れている。しかし、プライバシー保護に関する規定の整備やマニュアルの策定には未着手である。

子どもの「排泄」「着脱」等の支援マニュアルでも「プライバシー保護」「羞恥心」について配慮点の記述が不足している。福祉事業従事者としての基本姿勢、意識、実務における留意点を明確に盛り込んだ規程・マニュアルを整備し、全職員に配布して周知と説明に努めるなどの取り組みが望まれる。

以上