

平成29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
児童発達支援事業所
きらり玉島

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
福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン …	1
共通評価項目	
Ⅰ. 福祉サービスの基本方針と組織 ……………	5
Ⅱ. 組織の運営管理 ……………	9
Ⅲ. 適切な福祉サービスの実施 ……………	17
内容評価項目 ……………	27

(添付資料)

◆ 職員自己評価・利用者【保護者】調査 集計結果

福祉サービス第三評価結果の公表ガイドライン

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人メイアイヘルプユー

② 施設・事業所情報

名 称：きらり玉島	種別：児童発達支援、 放課後等デイサービスを行う多機能型	
代表者：大隅 淳代	定員（利用者）：児童発達支援（10）、 放課後等デイサービス（5）	
所在地：岡山県倉敷市玉島乙島 5796-51		
電 話：086-476-5515	ホームページ： http://www.cumre.or.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成20年1月1日		
経営法人・設置主体：社会福祉法人 クムレ		
職員数	常勤職員：4名	非常勤職員：3名
専門職員	精神保健福祉士：1名	保育士：2名
	保育士：1名	
施設・設備の概要	居室数：4室	

③ 理念・基本方針

法人理念：ともに育ち ともに生きる

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

（※ご利用者様の満足度、クムレに集う人の幸せ、強くしなやかな組織づくり、
そして地域社会への貢献を基本方針として取り組んでいます）

④ 施設・事業所の特徴的な取組

●児童発達支援事業、放課後等デイサービス事業の実施：

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

お子さんの発達や特性に応じた方法を通し、地域により近い立場で支援するサービスを提供している事業所です。特に療育のなかでは「できた！」という達成感や自己肯定感を味わえるように、スモールステップで取り組んでいます。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年6月16日（契約日）～ 平成30年3月30日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成25年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 人材育成の体制をつくり、サービスの質の向上を期している

法人は「キャリアパス運営指針」により「使命感、倫理観を有する職員の育成」等の「人材育成の方針」を示している。この方針に準じて、一般職から経営職に至る階層ごとに期待する役割を定め、キャリアアップに対応した職員研修体系によって職員育成の方策を明らかにし、業務目標管理評価制度のもとに職員の目標管理を行うしくみを連動させて、職員一人ひとりの育成に向けた体制が整備されている。また、新人教育として、新人職員に対して一対一で専任指導者を付ける「クムパートナー制度」も取り入れている。

さらに、発達支援、自立支援、子育て支援のグループごとに専門性に対応した研修を計画し、実施するとともに、「キャリアパス人事推進室」を設置し、人材育成の視点から研修のあり方や研修内容などについて評価して、見直しに活用している。

当事業所では、法人の研修制度を活用して対象となる各職員を研修に参加させているほか、平成28年度末まで当事業所が位置づけられていた「発達支援グループ」が計画した「専門研修（権利擁護、心身の健康管理などの内容）」「倉敷拠点」として計画した発達支援分野に関する研修、さらには事業所内研修（事業所としての独自研修）に参加させることで、職員の育成を行っている。

当事業所の今後の課題としては、法人として制度は整備されているが、現場職員への周知が不十分であること、また特に「業務・目標管理シート」に基づく面接、達成度の確認において現場職員への周知や理解の促進が求められる。

2. きめ細かな取り組みによって、子ども一人ひとりの発達支援が行われている

発達支援にあたっては、保護者からの意向の聞き取りや職員による行動観察等を行っているほか、食事などの日常生活動作、コミュニケーション、活動、個性などの8つのカテゴリーにわたる詳細な聞き取り情報と乳幼児発達スケール・太田ステージによる発達評価などの情報を複数職員で検討した上で、保護者からの要望を中心に個々の子どもの通所支援計画を策定し、この計画に基づき支援を行っている。

支援は、個々の発達に応じて、個別支援・集団支援を軸に、遊び、運動、学習、お絵かき、読書など多様なプログラムを組み合わせ、個別支援はマンツーマン対応である。支援職員は個々の支援目標と好みに合わせ、通園日の前に職員間で検討したツールや遊具を日々準備して受け入れをしている。

発達支援のなかでも、コミュニケーション（意思表示や伝達、理解）に障害を持つ子どもが多く利用する当事業所では、コミュニケーション能力の向上を図ることが支援の中核となつて

いる。活動におけるコミュニケーションは、家庭におけるコミュニケーションの方法の把握や、子どもの発達、特性、生活場面に応じた言葉によるコミュニケーションのほか、カード、実物、文字、手順の提示などの「視覚的手がかり」から子ども一人ひとりの状況に適した方法を適宜工夫し選択して用いている。その他にも、ソーシャルスキルトレーニングや家庭での親子間のコミュニケーションの支援など、コミュニケーションスキルを高める支援や実生活でも役立つ支援に取り組んでいる。

今回の利用者（保護者）調査では、「子どもの身体機能や健康状態へのよい影響」「子どもが興味・関心を持てる活動」「情緒面の発達に役立つ」「社会性の獲得」「気持ちを大切にしかかわり」など、発達支援に直接関係する項目で8～10割近くが肯定的回答をしている。

3. 子どもの健康管理については、標準的支援のほか、緊急時に備え独自の工夫をしている

子どもの健康管理についての標準的なサービス提供として、当事業所では日々の健康状態に関しては連絡帳の「健康チェック表」への書き込み内容や引き継ぎ時に受ける留意事項などを確認し、職員間でその情報を共有した上で子どもにかかわるようにしている。

また、支援職員は、水疱瘡、ヘルパンギーナ、アレルギーなどの子どもにありがちな疾患に関する法人主催の専門研修を受講し、食事やトイレを含むさまざまな活動場面での個々の体調変化に気配りをして、変化に気づいた場合は家族へ報告することや、必要時は家族が指定する病院へ管理者または現場キャップが付き添って受診することなどを決め、迅速な対応ができるようにしている。また、子どもの体調の変化については、微細な変化を含めて連絡帳に記し、帰宅時に保護者に引き継いでいる。

当事業所では、それらの標準的な支援のほかに、利用児個々に起こり得る発熱、けいれん、肘内障などによる「緊急事態」に備えて、独自に詳細な「個人別緊急対応マニュアル」を整備している。このマニュアルはA4判用紙の片面1枚に簡潔明瞭に対応手順が記述されたものであり、有用性が高い。この取り組みを今後も引き続き実施し、一層の充実をさせていくことが望まれる。

◇改善を求められる点

1. 職員との信頼関係のもとにリーダーシップを発揮することを管理者に期待する

法人は、管理者の役割を法人の「職務基準書」に規定しているが、当事業所管理者は、提供している福祉サービスの質に関する現状分析や、質の改善に向け特段に指導力を発揮した取り組みなどは行っていない。人材育成、地域交流などの面においても職員をリードし得ていず、今回実施した職員自己評価では、管理者と職員の自己評価上の乖離が目立った。管理者自身もこの点について課題意識を持っており、法人の水島拠点ほか事業所の上席者から助言・指導を受けているが、自身としては打開の方策に行き詰まっている状況であった。

福祉サービスの質の向上を図っていくためには、管理者として提供しているサービスの質の現状を評価・分析した上で、その改善に向け職員の意見を集約し、さらに方針を明確にしつつ研鑽の機会を設けるなど指導力を発揮することが求められる。今後の取り組みに期待する。

2. 地域との交流、地域貢献への取り組みの充実を期待する

法人は、第2期中期経営計画で「地域の社会資源との関係づくり」を掲げ、「地域の関係機関、児童クラブ、学校等との情報提供や、地域住民の福祉ネットワークづくりに取り組む」としている。また、同計画では、当事業所のある水島地域での地域交流拠点「ひろばにじいろ」での活動展開の方向性等について明示している。なお「ひろばにじいろ」では親子が自由に集えるひろば（にじいろサロン）、専門相談、世代間交流などを行っている。

当事業所では、利用者（保護者）に対し「ひろばにじいろ」の事業や倉敷市の総合療育相談センター「ゆめぱる」に関して情報提供を行っているが、利用者（子ども・保護者）に対して、日頃からの社会参加としては、子どもたちが興味を示している「恐竜」の博物館へ行き、その帰りに公園で遊んだこと以外、地域との交流を広げるための取り組みは行っていない。

利用者（子どもと保護者）が日常的に地域の人々との関係を広げたり築いたりすることは、子どもの社会体験の場を広げるとともに、地域の中での子育て支援の視点からも重要である。取り組みの充実に期待する。

また、当事業所の専門性を地域に還元する取り組みも、福祉サービス事業所には求められている。専門性の地域への還元としては「ひろばにじいろ」の活動に対して職員の積極的参加を図ることもその一つである。また、事業所独自に、地域ニーズに合った取り組みを行うことも考えられる。それらの実現には、職員や上部組織と十分検討し合って事業計画に載せるなど、計画的に取り組む必要がある。今後を期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

管理者が代わり、職員と支援についての話し合いの場（日々の終礼、職員会議など）を設けたり、自身が現場に入って支援のモデルとなるよう行動し、指導したりしている。

また、地域支援に向けて、職員が利用児の在籍する地域の学校、園との繋がりを持って支援できるように、継続的な園訪問の機会等を計画している段階である。平成30年度からは地域に出向いて連携した支援が実現できるように働きかけていく。

地域との交流に関しては、年間活動計画にて幼児レクリエーションの日を設けているため、その中で地域の社会資源を活用し、地域との結びつきが持てる機会を計画していきたい。また子どもたちの年齢に合わせて社会体験ができる機会を設定する等、子どもたちの力に合わせて目標や取り組みを検討していきたい。

⑧ 第三者評価結果

別紙（p.5～34）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。

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-1(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

I-1-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		評価
判断基準	a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	b
	b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)60% b)40% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、基本理念、基本方針、行動指針を明文化し、ホームページや広報誌「ふれあい くムレだより」(年3回、1,000部発行)等に掲載するとともに事業所内に掲示している。 ・基本理念「ともに育ち ともに生きる」には、利用者や家族・職員はもとより、地域の方々とも「ともに」という考え方を包含している。 ・職員(正職員と嘱託職員A)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する小冊子)を携行させ、嘱託職員B等には名刺サイズのカードに理念等を記載したものを所持している。法人では、平成28年度からは非常勤職員に対する法人の基本理念等の理解浸透を図るために全ての非常勤職員を対象とした研修を行っている。 ・職員に対しては辞令交付式や階層別研修の機会に周知している。 ・利用者に対しては、法人広報誌「ふれあいくムレだより」を配布や事業所内の掲示で周知している。 <p>■ 改善課題</p> <p>法人として基本理念等を様々な機会や方法で周知しているが、当事業所では、法人の基本理念や事業所方針を職員および利用者に対して周知することについて、特段の取組みは行っていない。言うまでもなく、それらは法人や事業所の存在意義や使命を表現したものであり、事業所においても職員や利用者に対してより分かりやすい工夫をして、周知させていくことが重要である。さらなる取組みに期待する。</p>	

I-2 経営状況の把握

I-2-1(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

I-2-1(1)-① 事業経営をとりま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) 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
	b) 事業経営をとりま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) 事業経営をとりま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)20% b)40% c)0% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業界全体の動向については理事長が国の会議などから迅速に把握し、それを執行役員会および経営会議で方向性を定め、水島地域および倉敷地域の各拠点会議で各事業所の管理者に周知させて共有を図っている。 ・法人では平成28年度までは各事業所を種別によって3つのグループ(「自立支援事業グループ」「児童発達支援グループ」「子育て支援事業グループ」)に分け、グループごとに研修会等の事業展開を行ってきたが、平成29年度からは全事業所を倉敷地区と水島地区の地域で区分し、各地区に「拠点会議」および「拠点サービス調整会議」を設けて拠点地域ごとの課題に応じた事業推進体制に再編した。これは国の「共生社会の実現」に向けた施策の方向性や、法人における「乳幼児期から高齢期に至るライフステージでの切れ目のない支援体制づくり」(法人広報誌ふれあいくムレだより)を目指す取組み、などを踏まえてのことである。 ・当事業所の管理者は、毎月利用者人数の推移などを把握し、それを法人本部等に報告している。 <p>■ 改善課題</p> <p>当事業所の管理者には、会議等を通じ、理事長からの迅速に提供される情報や法人の中長期計画を踏まえ、もたらされた情報を当事業所の現状や地域の状況にあわせて的確に把握・分析することが求められる。さらなる取組みに期待する。</p>	

I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		評価
判断基準	a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもと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・分析にもとづき、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・分析にもと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)0% b)60% c)0% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・理事長や法人本部が中心となって、制度改正や医療・福祉を取り巻く状況を踏まえながら経営環境に関する現状分析を行い、経営課題を明確にしている。そして「第2期中期経営計画」(平成27～31年度)に基づき、組織をあげて計画的に事業展開を図っている。 ・倉敷市内各地での新規事業所の開設、当事業所のある「水島拠点」の「ひろばにじいろ」での「育児や発達の相談」「倉敷拠点」における地域交流の拠点「ひろば栗の家(おうち)」での育児や発達の相談事業や親子療育などの実施など、多様な取組を進めている。</p> <p>■ 改善課題 理事長のリーダーシップのもと、法人として経営課題を明確化し具体的な取組を計画的に進めている。しかし、当事業所では、職員への周知が十分ではない。経営状況の把握と分析に基づいて取組を進めるうえでは、サービス提供の担い手である職員への周知は重要な課題である。事業所内での情報共有と理解促進を図り、さらなる取組みに期待する。</p>	

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。

I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	b
	b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。	
	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)40% b)0% c)20% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 法人として制度改正や医療・福祉を取り巻く状況を踏まえ、第2期中期経営計画(平成27年4月～平成32年3月)を定めている。この計画は副理事長をリーダーとして主に各事業所の管理者が中心となって原案を作り、経営会議に諮って策定した。そこでは法人の理念のもとに、「利用者、地域から信頼される社会福祉法人づくり」の実現を目指して、「相談からサービスまでの切れ目のない利用者支援の実現」などの「7つの柱」を掲げ、それぞれの柱ごとに具体的な取組を明示している。</p> <p>■ 改善課題 法人としての取り組みについて、職員への周知が不十分である。対策が求められる。</p>	

I-3-1-2 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 単年度計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	b
	b) 単年度計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)0% b)20% c)20% 無回答)60%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・事業計画は法人の「第2期中期経営計画」を踏まえ「水島拠点」「倉敷拠点」それぞれの統括(法人の執行役員)の職にある職員がその枠組みと「事業所方針」を明示し、各事業所が具体的な取組みを加筆して原案を策定するしくみである。 ・各事業所が加筆する具体的な事項は、「達成目標(何を、どのレベルまで)」「実施計画(いつ、どのような方法で)」「実施責任者(誰か)」に区分し、さらに「年間研修計画」等を明示している。</p> <p>■ 改善課題 ・当事業所の事業計画は、法人の「中期経営計画」の内容を反映して作成するしくみとなっている。しかし、「達成目標(何を、どのレベルまで)」の欄の記述には、抽象的なものが散見される。事業計画の記述内容は、年度の終了時に実施状況を評価できることが重要であり、そのためには目標レベルをより具体的に明示するとともに、可能な限り数値化(目標値、箇所数、回数、時期など)した指標を明示することが求められる。 ・当評価基準に関する職員自己評価の結果は、上記のとおり「a」と回答した職員はゼロ%(5人中0人)であった。無回答も60%(5人中3人)であり、職員へのさらなる周知と共通理解の醸成に期待する。</p>	

I-3-2 事業計画が適切に策定されている。

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。	C
	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)0% b)20% c)40% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当事業所の事業計画は法人本部が示すスケジュール等に従って総括と管理者とで作成している。12月から1月頃に事業所内で振り返り、管理者はそれをベースにして次年度の事業計画作成に繋げている。 ・事業計画は4月1日の職員会議で全職員に配布して説明している。 ・事業計画の進捗状況と課題の共有は、平成29年度から各拠点(倉敷および水島)のサービス調整会議(毎月開催)で行っている。</p> <p>■ 改善課題 ・事業計画の進捗管理は拠点のサービス調整会議で行うなどのしくみはあるが、その作成段階において直接的には職員の意見集約を行っていない。また、管理者は事業計画の作成過程において前年度の取組みの現状を振り返るものの、前年度の事業計画との継続性はさほど強く意識していない。 ・管理者自身も事業計画の作成における職員の意見集約や事業の継続性に留意することへの意識が十分ではないととらえている。現状の分析とさらなる取組みに期待する。 (今回の第三者評価の過程で、次年度からは職員の意見を取り入れて事業計画を作成する方針が決定されている)</p>	

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)0% b)0% c)60% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 当該年度の事業の方針等について、利用者には広報誌「ふれあい くも」だよりの配布を通じて周知させているが、それ以外では特段に、内容の理解を促す取組みは行っていない。</p> <p>■ 改善課題 管理者は今回の受審の過程を通じて、利用者との契約する際に計画を伝える機会を作っていければ、と考えている。 事業計画には福祉サービスの提供に関わる重要事項が明示され、利用者に対しては理解しやすくするための工夫を施しつつ、主な内容を周知させて理解を促す取組みが求められる。今後の取組みに期待する。</p>	

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。

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)40% b)40% c)0% 無回答)20%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人として全事業所が数年ごとに第三者評価を受審するように計画し、受審した事業所では管理者が中心となって改善計画をまとめ、職員や法人関係者等を対象とした「報告会」を開催して発表している。また、受審後の各年度では事業計画に第三者評価で指摘のあった事項に関する取組みを明示して、その改善に取り組んでいる。 ・当事業所では放課後等デイサービス事業に関する自己点検表(岡山県版)で自己チェックしているが、その結果をサービスに反映する取組みにまでは至っていない。</p> <p>■ 改善課題 法人として、サービスの質の向上に向けての福祉サービス第三者評価を活用した一連の取組みは定着しているものの、当事業所では、福祉サービス第三者評価の受審後の分析や改善計画の策定に向けた体制や方策については明確にしている。 福祉サービスの質の向上には、日々の取組とともに、自己評価の実施、第三者評価の受審、利用者アンケートの実施、苦情相談内容への対応等を行い、その結果を評価・分析し、改善に向けて、計画の策定(P)→計画の実施(D)→実施状況の評価(C)→計画の見直し(A)、のサイクルを総合的・継続的に実施することが必要である。今回の受審を契機に、職員参加のもとでの改善に向けた取組みに期待する。</p>	

I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取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)60% b)20% c)20% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として全事業所が数年ごとに第三者評価を受審できるように計画し、受審した事業所では管理者が中心となって改善計画をまとめ、職員や法人役員等が参加する「報告会」を開催して発表している。次年度以降の事業計画に改善に向けた取組みを明示するとともに、課題や改善策等を職員会議で周知し、職員の意見の集約に努めている。 ・当事業所としては、前回の第三者評価の際に指摘された事項に対する改善の取組みは事業計画で明示して実施してきている。 <p>■ 改善課題</p> <p>管理者は現状分析から改善に至る取組みがPDCAサイクルになっていず、体制整備も不十分と考えている。 第三者評価の結果を受けて事業所として組織をあげて改善に取り組むためには、受審結果の共有から改善計画の立案過程において、職員が参加する機会を意図的に設けて協議を重ねていくことが重要である。さらなる取組みに期待する。</p>	

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

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。	C
	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)0% b)0% c)100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況と改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者の役割は、法人の「職務基準書」に規程されている。 ・管理者は自らの役割として、利用者支援の質に関する意識と技術の向上、関係機関との連携と情報共有、が重要であると考えている。しかし、職員に対する意思表示、及び理解への取組みには至っていない。 ・質の高いサービスの提供や効果的な権利運営を実現していくためには、管理者は職員との信頼関係のもとにリーダーシップを発揮することが必要であり、それは管理者に必要な重要な要件でもある。管理者には職員自己評価の結果についての原因分析と共に、自らの役割と責任を明確にし、職員に対し理解促進を図る取組みを期待する。 	

II-1-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b
	b) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)0% b)0% c)60% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 管理者は「事業者ハンドブック(指定基準編、報酬編)」により必要な法令等の理解に努めている。また、必要に応じて担当行政部局に確認するなど法令遵守に努めている。</p> <p>■ 改善課題 事業所には福祉関連分野に限らず、雇用・労働・防災など幅広い法令に関する理解とその遵守が求められ、管理者にはそれらを自ら率先して理解するよう努めるとともに、職員に対して同様の意識や知識を高めるよう促していく役割も求められる。</p>	

II-1-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

II-1-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	C
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)0% b)20% c)40% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況と改善課題 ・法人は、管理者の役割を法人の「職務基準書」に規定している。 ・管理者は、実施する福祉サービスの質に関して、現状分析や改善に向けて特段に指導力を発揮した取組みは行っていない。 ・福祉サービスの質の向上を図っていくためには、管理者として提供しているサービスの質の現状を評価・分析し、その改善に向けて、職員の意見を集約し、方針を明確にしつつ研鑽の機会を設けるなど、指導力を発揮することが求められる。</p>	

II-1-1-(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。	C
	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)0% b)0% c)100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況と改善課題 ・管理者は、効率的な業務の遂行のために、職員には定時に仕事を終わらせるよう働きかけることを試みている。また、日ごとの職員の動きや役割分担を示す「デイリー表」を事業所内に掲げ、職員間での情報の共有化に努めているが、職員の理解を得るには至っていない。その原因分析と、取組みの強化に期待する。 ・管理者には、経営の改善や業務の実効性を高める取組みを自ら実行するとともに、組織内に同様の意識を形成し、職員全体で効果的な事業運営を目指すために指導力を発揮することが求められる。</p>	

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。

II-2-1-1-① 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、それにもとづいた取組が実施されている。	a
	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、それにもと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)60% b)0% c)40% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として第2期中期経営計画に「やりがいと自己実現を目指せる仕事」を柱の一つに掲げ、それに則って平成29年に「キャリアパス運営指針」を改訂し、必要な人材やその育成に関する方針等を明示している。 ・職員の採用計画は法人の執行役員会で検討され、具体的な採用活動では正職員の定期採用は法人本部が所管して求人説明会の開催や大学訪問を行い、年間数回の試験を実施して採用を行っている。例年、11月以降には嘱託職員A(正職員を希望する非常勤職員)から正職員への移行希望の有無を確認し、退職予定者の動向を勘案しながら拠点ごとのサービス調整会議や拠点会議で調整しつつ次年度の職員体制を整備している。なお、嘱託職員Bとパート職員は各事業所で希望者の面接を行い、実質的に採否の方向性を決めている。 ・上記のほか、当事業所の管理者は、派遣会社との交渉や契約に関する調整を行っている。 	

II-2-1-1-② 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)0% b)60% c)0% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「キャリアパス運営指針」で職員育成に関する方針を示している。それにより、一般職から経営職にいたる階層ごとに期待する役割を定め、キャリアアップに対応した職員研修体系によって職員育成方策を明らかにし、業務目標管理評価制度によって職員の目標管理を行うといったしきみを連動させ、職員一人ひとりの育成に向けた体制が整備されている。 ・平成29年7月から法人では新たな人事考課制度(正職員対象)を導入した。これは「第2期中期経営計画」に基づいて改正されたもので、以前よりも処遇と階層(等級)の関係を分かりやすく整理することを目指している。これによりキャリアステージごとの「役割基準・職務基準」に基づいて実践と評価を行うしきみであり、手順も明示されている。 ・非常勤職員(嘱託など)に対しては、人事考課制度はないものの管理者が個別面談を行っている。主に職場や仕事に対する意見を吸い上げる場としているが、管理者の裁量で最低賃金なども考慮して時給単価を上げる場合もある。 <p>■ 改善課題</p> <p>本評価基準「総合的な人事管理が行われている」の職員自己評価の肯定的回答は、「法人理念・基本方針にもとづく「期待する職員像等」の明確化」は8割であったが、「人事基準の明確化と職員等に周知」は4割に留まり、「職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果・貢献度等の評価」「職員処遇水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組」「把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづく、改善策の検討・実施」「職員自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくり」についての肯定的回答はゼロ(割)であった。管理者自身も把握できていない項目が見られる。管理者は総合的な人事管理のしきみについて承知し、職員に周知させる立場にある。新たな人事考課制度を導入したところであり、今後の職員への周知とともにその成果に期待する。</p>	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

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)50% b)25% c)0% 無回答)25%であった。</p> <p>■ 取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として第2期中期経営計画で「働きやすい職場・労働環境の整備」を掲げ、より良い人材が働き続けられ職員が安定的に確保できるように法人全体で各事業所の職場づくりに気を配っている。 ・職員の就業状況や意向の把握は基本的には管理者の役割であり、残業の状況は管理者が拠点会議に報告して集約する。残業状況の集約は従前の経営会議から拠点会議に移り、よりきめ細かく対応しようという方向である。 ・ノー残業デーは3年前から、有給休暇の取得状況の把握は昨年度から意識的に行っている。 <p>■ 改善課題</p> <p>法人として働きやすい職場づくりを目指す方向性を明示し、拠点会議や各管理者の役割を明確にしている。しかし、職員自己評価の「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」の各項目では、肯定的な回答の割合はほとんど5割に満たなかった。事業計画に位置づけている取組みでもあり、その原因分析と解決に向けた取組み強化に期待する。</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。

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)20% b)40% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「キャリアパス運営指針」で「使命感、倫理観を有する職員の育成」等の「人財育成の方針」を示し、それによって、キャリアアップに対応した処遇制度、職員研修体系、業務目標管理評価制度を連動させ、職員一人ひとりの育成に向けた体制が整備されている。 ・目標管理は、法人が初任者・中堅職員など階層別に求める専門性や能力を明示し、それを踏まえて各職員が「業務・目標管理シート」等の所定の様式によって目標をたて、上席の職員との面接でそれを決定する。さらに目標達成に向け、キャリアステージ(職位階層)別の研修体系に基づいてOJT、OFF-JT、SDS(自己啓発支援制度)を行い、それらの進捗管理は、目標設定時(5月)、中間時(10月)、期末評価時(3月)の面接で確認され、その結果を4月中旬に各職員にフィードバックするしくみである。 <p>■ 改善課題</p> <p>法人としての制度の整備はあるが、現場職員への周知は不十分である。特に「業務・目標管理シート」に基づく面接、達成度の確認は不十分である。新たな人事考課制度を導入したところであり、今後の職員への周知とともにその成果に期待する。</p>	

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。	a
	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)100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「キャリアパス運営指針」で「人財育成の方針」を示している。そこでは「使命感・倫理観を有する職員の育成」、「質の高い福祉サービスを実践できる資質と能力を有する職員の育成」など法人としての職員育成の基本的な考え方を明示している。さらに、キャリアステージ(職位階層)ごとに必要とする役割資格を定め、その達成を支援するための体系的な生涯研修課程を構築している。 ・当事業所では法人の研修への参加のほか、平成28年度末まで当事業所が位置づけられていた「発達支援グループ」が計画した「専門研修」(権利擁護、心身の健康管理など)、さらには事業所内研修(事実上は水島拠点の他事業所と合同で行う研修)に参加させることで職員育成を行っている。 	

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)100% であった。</p> <p>■ 取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・正職員は「業務目標管理評価制度」によって一人ひとりの目標が定められ、その課題に応じて法人の諸研修を受講する。階層別研修の参加対象者はあらかじめ法人本部が把握して決定しており、専門研修(昨年度の旧発達支援グループが計画)や事業所内研修(拠点内の他事業所と合同)では管理者が広く呼びかけて参加させている。 ・外部研修については、研修情報を法人内で共有し、職員に周知して参加を呼びかけている。 ・新任職員には「クムパートナー制度」(マンツーマンの指導体制のしくみ)によって計画的にOJTを行っている。 ・非常勤職員の研修機会が非常に少ないため、法人では平成28年度から全ての非常勤職員を対象とした研修会を実施し、理念の浸透などを進めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「キャリアパス運営指針」に基づく職員育成のしくみは、主に正職員を対象としたものであり、また専門研修や事業所内研修の多くは正職員しか参加できない時間帯に実施している。非常勤職員の研修参加の機会がほとんど保障されていないことは課題である。 ・参加対象があらかじめ決定している法人の階層別研修を除き、当事業所では一人ひとりの研修課題を明確にして、それに応じた研修参加を促す働きかけは十分ではない。 	

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。

II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		評価
判断基準	a) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	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)20% b)0% c)40% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>実習生の受入れ実績はなく、基本的には希望があれば受け入れる、という姿勢である。したがって、実習生の受入れに関して独自の計画やマニュアルは整備していない。</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所での受入れ実績がないこともあって、実習生の受入れに関する基本姿勢や具体的な手順等について職員間の共通理解には至っていない。 ・福祉人材を育成や福祉サービスに関わる専門職の研修・育成への協力は社会的責務の一つとされている。当事業所の規模や実情に応じ、倉敷学園等と連携しつつ、実習生の受入れに関する基本的な方針や姿勢、体制、効果的なプログラムの用意などに関する検討が求められる。 	

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

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)60% b)0% c)0% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として運営の透明性を確保するため、ホームページは平成28年度に刷新した。その運用は法人が管理しており、広報委員会が所管している。法人概要、事業案内、情報公開(財務情報、第三者評価の受審結果、事業計画など)といった項目を構成して発信している。職員からの情報発信を伝える「スタッフブログ」は月1回更新する方針である。 ・法人の広報誌(「ふれあいくムレだより」)は年3発行(各1,000部)発行し、利用者、後援会会員などに配布しているが、少しずつホームページなどによる情報発信を重視する方向に推移している。 <p>■ 改善課題</p> <p>ホームページを刷新し、法人の基本理念はもとより第三者評価の受審結果や財務諸表など積極的に事業の透明性の確保に努めている。しかし、苦情・相談の体制や内容に関する情報は公開していない。寄せられる苦情・意見とそれに対応した状況などはサービスの質の向上に関する事項であり、利用者(保護者)や地域に対して理解を深めていくツールとして、また、公費によるサービス提供の主体として説明責任をはたしていく意味でも重要である。さらなる取組みに期待する。</p>	

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。	b
	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)20% b)0% c)40% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「入札・経理規程」を定め、物品購入や設備工事の契約額に応じた決裁区分や経理上の基準を定めるなど、適切な経理事務の実施に努めている。 ・平成28年度から公認会計士と顧問契約し、現在は各事業所を回って経理事務や帳票を確認することで事業所の実情や書類の管理状況等を把握してもらっている。また、昨年度の決算書類の内容を確認してもらうことで、今後の本格的な外部監査の施にむけて準備中である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての体制やルール職員の周知など取り組みは実施されていない状況であり、職員への周知をどう図るかが課題である。 	

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。

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)20% b)40% c)0% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人では、第2期中期経営計画で「地域の社会資源との関係づくり」を掲げ、地域の関係機関、児童クラブ、学校等との情報提供や、地域住民の福祉ネットワークづくりに取組む」としている。また、同計画では当事業所のある水島地域での地域交流拠点「ひろばにじいろ」での活動展開の方向性について明示している。「ひろばにじいろ」では、親子が自由に集えるひろば(にじいろサロン)、専門相談、世代間交流などをおこなっている。 ・当事業所では、利用者(保護者)に対して「ひろばにじいろ」の事業や市の総合療育センター「ゆめばる」に関する情報提供を行っている。</p> <p>■ 改善課題 ・当事業所では、関係機関の取組みに関する情報提供は行っているものの、利用者(子どもと保護者)に対して、地域との交流を広げるための働きかけなどの取組みは特断には行っていない。管理者は、今後、当事業所が所在する地域の民生委員、児童委員、大学の学生などの交流を深めてゆきたいとの意向をもっている。 ・利用者(子どもと保護者)が日常において地域の人々との関係を広げたり築いたりすることは、子どもの社会体験の場を広げるとともに地域の中での子育て支援の視点からも重要である。「ひろばにじいろ」の積極的な活用も含め、当事業所でのさらなる取組みに期待する。</p>	

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)20% b)0% c)40% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 事業所では活動するボランティアに対して「ボランティアのみなさんへ」と題する注意事項等をまとめた文書を配布して説明している。そこでは、当事業所の概要、通ってくる子どもたち、活動内容、注意事項、などを明示している。そのほか、個人情報に関する誓約書を整備している。</p> <p>■ 改善課題 管理者はボランティアを積極的に受け入れたいとしているが、地域の関係者に対して特段に働きかけてはいない。現状では「ボランティアの希望があれば対応する」という方針にとどまっており、受入れを積極的に位置付けているとは言えない。 ボランティアの受入れは単に職員の不足を補うためのものではなく、学校教育における体験教室などへの協力など、地域における福祉教育を進めるという側面からも福祉事業所の役割の一つとして重要である。ボランティアの受入れについて、法人内の他施設との連携や役割分担のあり方も含めて、より積極的な取組みに期待する。</p>	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

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)25% b)25% c)25% 無回答)25%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 法人の第2期中期経営計画では「関係機関との連携」を重要な取組みの一つに掲げ、当事業所でも事業計画で「機関連携・地域関係づくり」を明示している。具体的に個々の子どもと保護者に対応する関係機関のリスト化までは行っていないが、管理者は、母子保健連絡会(玉島支所)や自立支援協議会こども部会などに参加し関係構築に努めている。</p> <p>■ 改善課題 より良いサービス提供に向けて、必要な関係機関・団体の機能や連絡方法の全体的な把握と連携、それらに関する職員間での十分な情報共有のしくみの構築が重要である。事業計画・課題として明確にし取り組むことが求められる。</p>	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・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) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	b
	b) 福祉施設・事業所が有する機能を、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) 福祉施設・事業所が有する機能を、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)20% b)20% c)20% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人では平成29年度から全事業所を倉敷地区と水島地区という地域で区分し、地域ごとの課題に応じて諸事業を推進する体制とした。そして、各地区の「地域交流拠点」の施設として倉敷地域では「ひろば栗の家(おうち)」を、当事業所が含まれる水島地域では「ひろばにじいろ」を整備し、各拠点では親子が集うサロン活動、世代間交流、療育や子育てに関する専門相談等、当法人の専門的な機能を地域に提供している。 ・当事業所では「ひろばにじいろ」の活動に対して、職員の人数が足りない場合などに参加、協力している。</p> <p>■ 改善課題 法人では地域交流拠点を整備して積極的な取り組んでいるが、当事業所では、特段の取組みは行っておらず、「ひろばにじいろ」の取組みに対する参加や協力も受動的な姿勢にとどまっている。「ひろばにじいろ」の活動の積極的な活用を含め、当事業所における取組みの強化を期待する。</p>	

II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	C
	b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	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)20% b)20% c)20% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況と改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では国の「共生社会の実現」に向けた施策の方向性や、法人における「乳幼児期から高齢期に至るライフステージでの切れ目のない支援体制づくり」(法人広報誌)を目指す取組み、などを踏まえて「ひろば栗の家(おうち)」「倉敷地域」および「ひろばにじいろ」(水島地域)で、親子が集うサロン活動、世代間交流、療育や子育てに関する専門相談等、公益的な事業に取り組んでいる。 ・当事業所では「ひろばにじいろ」の活動に対して、職員の人数が足りない場合などに参加、協力している。 ・法人では地域交流拠点を整備して積極的な取り組んでいるが、当事業所では、特段の取組みは行っておらず、「ひろばにじいろ」の取組みに対する参加や協力も受動的な姿勢にとどまっている。「ひろばにじいろ」の活動の積極的な活用を含め、当事業所における取組みの強化を期待する。 	

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。

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
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もつための取組が行われている。	b
	b) 利用者を尊重した福祉サービスについての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念「ともに育ち ともに生きる」を誰もが目につきやすい場所に掲げている。また、法人は、理念を実行するための基本方針の冒頭に「利用者満足の追及」を掲げ、利用者を尊重したサービス提供を示唆している。当事業所では、会議に先立って毎回、法人のサービス理念とこれを実践するための行動指針を示す「ブランドブック」の心得を唱和して職員への浸透を図っている。職員は、利用者(子ども・保護者)に対する姿勢については業務の中で気づいたことを指摘したり話し合いを行っている。 ・法人は、利用者の尊重や基本的人権への配慮についてキャリアパスのしくみに位置づけて新人職員への指導を行うようにしている。 ・法人組織「人権倫理委員会」は、全職員を対象に人権研修を実施し当事業所職員も受講し事業所内でも勉強会を実施した。また、行動指針の実施状況は2カ月ごとに、人権倫理委員会に報告し検証を受けるしくみである。 <p>■ 改善課題</p> <p>本評価基準「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もつための取組を行っている」の自己評価は、全般に管理者と一般職員の間で異なっている。「利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている」は、肯定的回答がゼロ%で共通している。利用者の尊重や基本的人権への配慮は、サービス提供の基本となる取組みなので、事業所内のコンセンサスを得て、実施することが期待される。</p>	

Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁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等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護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等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護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等の権利擁護に関する規程・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)80% b)20 % c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・発達支援事業所「きらり」共通の職務遂行要領書では、排泄や更衣支援の面でプライバシーへの配慮を取り上げている。日常のサービス提供においては、排泄や衣類の着脱、清拭といった面で他児から見えないようにするなどの配慮をしている。また、管理者は、事業所の建物が道路に面しているため、通行人から事業所の中の様子が見えないように窓の目隠しとして掲示物を貼り、近隣の住民や宅配業者、郵便配達員が入口に入って来たときに、室内に掲示している子どもの顔写真や名前が見えないように貼り方を工夫するなど、外部からのプライバシー侵害に配慮している。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>・職務遂行要領書には、プライバシー保護等の人権擁護に関する規程はない。福祉サービスの提供における権利擁護は重要な社会的課題であるとされている。プライバシー保護と権利擁護の取り組みが規定およびマニュアル等にもとづいて実施されること、取り組みを利用者や家族に周知すること、また、事業所において不適切な事案が生じた場合を想定し対応方法を明確にしておくことが必要とされている。今後、職員の話し合いにもとづくマニュアル等の作成、整備をすすめ、利用者および家族とその内容を共有するしくみ作りを期待する。</p> <p>・なお、この評価基準は、個人情報保護は扱っていない。</p>	

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。

Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		評価
判断基準	a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	a
	b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・利用希望者が入手できる当事業所の情報は、法人管理し広報委員会が所管する法人ホームページや広報誌「ふれあいウムレだより」(年3回各1000部発行)で発信し、法人の児童発達支援事業所共通のリーフレット(多色刷り)によって、当事業所のサービス内容等を発信している。</p> <p>・法人の理念や基本方針、事業所のサービスを紹介する広報誌「ふれあいウムレだより」や事業所リーフレットは、行政窓口や相談支援事業所など利用希望者の目に触れやすい場所に置いている。事業所を紹介するホームページは、事業の紹介とサービス利用までの流れ、よくある質問コーナーで構成されている。ホームページ、広報誌を通して当事業所ばかりではなく、法人の事業運営姿勢の一端を知ることができる。</p> <p>・利用希望者の見学は随時受け入れており、見学者には約1時間かけて丁寧にサービス内容を説明し、その後30分程度保育を見学してもらうことにしている。利用希望児は、療育中の子どもと一緒に遊びを体験することもできる。療育中の子どもや利用希望児の状況を見て、個別の体験を試みるなど丁寧に応じている。</p> <p>なお、放課後等デイサービスを含めて、リーフレットは一人が利用できる「時間」が掲載されるとさらによいものになると思われる(平成30年度には、当事業所がある水島拠点として、倉敷拠点の事業所とは異なったものにすることが予定されている)。</p>	

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もとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	C
	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もと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もと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)80% b)20% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況と改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの開始・変更時には、管理者(児童発達支援管理責任者を兼任)が重要事項説明書と契約書別紙に沿って保護者に詳しく説明し、保護者からの質問を受けるようにして内容の理解を確認している。説明の際は、療育の様子を写真で紹介しているきらり事業所共通の多色刷りリーフレットも用いている。十分な理解が得られるよう療育で使用している視覚情報など、実物を示して説明をすることもある。説明後に保護者の同意を得て契約を結ぶ。サービスの変更時も同意を得た内容を書面に残し保管している。 ・サービスを利用する場合は、倉敷市の行政窓口から市内の相談支援事業所を経て本事業所を見学し、利用開始となる。また、意思決定が困難な利用者に対しては、相談支援事業所からその対応等について情報提供を受けて対応することもある。 ・当事業所のサービス開始・変更に係る利用者(保護者)への説明は、対象者の理解に重きを置いて行われている。しかし、説明から意思決定に至る過程は支援の記録として残されていない。本評価基準「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」では、利用者の同意を得るまでの過程の記録を求めており、書面での確認ができない場合は「C」と評価すると定められている。今後の取組に期待する。 	

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)0% b)60% c)0% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他事業所へ情報提供をするといったサービスの継続支援として、最も多い例は、小学校就学(特別支援クラス、特別支援学校を含む)であるという。就学に際しては、保護者の同意を得た上で就学先の校長あてに療育記録を書面「状況表」として送付している。小学校から依頼があれば、入学後に職員が小学校に出向き、保護者とともに校長や教務主任と面談し、実施している療育について具体的に説明し、疑問に答えるなどして、事業所のサービスが小学校の教育に円滑に結びつくよう支援をする。 ・事業所のサービス終了後は、法人の相談窓口を紹介している。 <p>■ 改善課題</p> <p>本評価基準「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」の職員自己評価の肯定的回答は、項目全体に4割以下であった。サービスの継続支援の重要性をや現状の事業所としての取組みを職員に周知するとともに、サービス継続支援としての他事業所への引継ぎ手続き、サービス終了後の相談のしくみづくりと職員・利用者への周知、などの取組みがこれから取組むべき課題である。今後期待したい。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

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)0% b)40% c)20% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人は、基本方針の冒頭に「利用者満足の上昇」掲げている。3年に1度、第三者評価実施のたびに利用者調査を行うことにしている。当事業所では、利用者満足に関する独自の調査は行っていないが、第三者評価時の利用者(保護者)調査の結果から満足度を把握としている。法人は、第三者評価の結果を次年度の事業計画に反映させて利用者満足度を高める取組を指示し、2つの拠点(倉敷拠点、水島拠点)「統括」の方針に従って、それぞれ取り組んでいる。児童発達支援事業グループとして行っているペアレント・トレーニングや各事業所の祖父母・きょうだい児への取組は、保護者や子どものニーズから誕生した取組みである。 ・事業所では、保護者からの意見・要望があれば、その都度解決するように努めている。また、保護者との個別懇談(面談)や茶話会(年2回)は保護者の要望を聞く機会と位置付けている。</p> <p>■ 改善課題 法人が掲げる「利用者満足の上昇」を確実にものとし、利用者等の意向をサービスの質の向上につなげるためには、意見・要望の把握の機会、テーマ、記録、分析、担当者等に関する規程を設け、事業所としてのしきみとすることが肝要である。今後の取組に期待する。</p>	

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。

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)20% b)20% c)20% 無回答)40% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・苦情解決のしきみについては、苦情受付窓口、及び苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員(2名)、市役所の障害福祉課、岡山県運営適正化委員会の連絡先を見やすく工夫した法人所定のポスターを玄関に掲出している。また、利用契約時にも重要事項説明書に基づいて、これ等の内容を説明している。 ・事業所では、苦情受付窓口にかかわらず、職員全体で保護者からの要望や苦情を受け止めることにしている。受け止めた苦情や要望は記録することになっているが、苦情がないと管理者は述べている。業務の標準を示す職務遂行要領書には、保護者からの意見・苦情を受けた場合の対応手順が示されている。しかし、記録様式は特定されていない。 ・「意見箱」は、設置されていたが、現在は、撤去されている。</p> <p>■ 改善課題 ・第三者委員への直接の連絡先の明示(現状は2名の第三者委員は同じ職場に所属し、その代表電話が連絡先として登録されている)、第三者委員との顔つなぎの機会をつくるなど、サービス利用者が活用し得る体制整備が求められる。また、事業報告書や広報誌等への苦情解決結果の公表に関する体制づくりなど、苦情解決のしきみを有効に機能させるため取り組むべき法人としての課題がある。なお、意見箱は、さまざまな提案や意見を集約する多様な方法の一策である。今後の取組に期待する。 ・本評価項目は、苦情の公表をおこなっていない(当事業所の場合、法人として公表のしきみをもっていない)場合は「C」とすることが定められている。</p>	

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		評価
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者伝えるための取組が行われている。	b
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)0% b)40% c)20% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・保護者からの相談は、日々の送迎時にも受けている。その他にも毎月、4～5件の相談が寄せられ、事業所内2階にある個室で面談している。事業所では、終礼時に、適宜、相談内容に関する検討や話し合いを行っている。電話相談も毎月4～5件寄せられる。相談には、助言や情報提供で応えている。引継ぎ時以外の保護者等からの相談は、管理者または現場のキャップが受けることにしている。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>・本評価基準「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」の職員自己評価は、すべての項目で4割以下であった。</p> <p>・重要事項説明書には、「苦情受付について」の一環として、「利用料のお支払いやサービス利用に関するご相談」を「お客様相談係」がつけることとして、苦情受付窓口、苦情解決責任者が記載されている。一般的な相談との関係性が不明であり、これをもって、保護者への分かりやすい「相談」に関する情報提供とは言い難い。今後は、利用者（保護者等）が相談したり意見を述べる際には複数の方法や相手を自由に選ぶことが必要である。このことを含め、相談を受ける仕組みをわかりやすく掲示するなど、利用者（保護者等）が相談や意見を述べやすい環境づくりが求められる。より一層の取組みに期待する。</p>	

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。	b
	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。	
	c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)20% b)40% c)0% 無回答)40%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・利用者からの相談や意見には個々に対応しており、相談があった時にはプライバシーが守られ、ゆっくり話ができる相談スペースを設け、必要時に使用している。</p> <p>・管理者は、相談や意見等については、その内容等をその時、ないしその日のうちに上司に報告することになっており、相談にはその都度、対応しているとしている。また、相談の内容は、終礼時に職員が共有するようにしている。また、保護者から意見が出された場合は改善への取組を行うと管理者は述べている。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>・現行の相談に関する取組を見直し改善するために、また、新たなしくみとして定着させ継続させるために、利用者の相談や意見を積極的に把握する方法の検討、相談内容や意見・対応の記録とその組織的検討手順、利用者への説明などについて、手順の整備が必要であり、今後の取組みに期待したい。</p> <p>・意見箱の設置は、匿名性を担保できる手法意見収集の手段であり、「いつでも意見や提案は受け入れる」とする事業所の姿勢を示すものもある。利用者（保護者等）が使いやすい意見箱として設置が望ましい。</p>	

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。

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)60% b)40% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「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」が整備され、リスクマネジメント体制を主導している。当事業所のリスクマネジメントの実質的責任者は、管理者である。 ・事故発生時の対応と安全確保は、職務遂行要領書に定められており、職員に概ね周知されている。 ・事業所の安全点検チェックは、所定の書式によって毎月1回実施している他、危険箇所チェックは、全職員が毎日の職務において実行している。 ・事業所では「ヒヤリはつと発生処理報告書」で事例を収集している。事案が発生した場合は、その日の終礼時に職員が検証の話し合いを行い、速やかに対応策を実行している。管理者は、法人のリスクマネジメント委員会に属しており、事故等危険防止に対する意識は高い。事業内でも年間2～3回、職員を対象に安全確保・事故防止研修および事業所の安全点検を指導している。また、職員は、委員会主催の危険予知トレーニング(KYT)を受講している。 ・年2回、リスクマネジメント委員会所属の職員が各事業所を巡回し、安全性確保の観点から事業所内の環境整備や職員間の関係性について指摘し、是正を求めるとの機能が機能している。 <p>■ 改善課題</p> <p>本評価基準「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整備されている」の職員自己評価は、「リスクマネジメント体制整備」についての肯定的回答は、ゼロ%であり、「利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている」の肯定的回答は4割であった。子どもたちの安心・安全という重要課題であることを視野に、今後は、法人および当事業所におけるリスクマネジメント体制や具体的な取組の認識の共有化を図り、積極的に安全を脅かすような事例の収集をするなど、対応の充実を期待する。</p>	

Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全の確保のための体制を整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	b
	b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	
	c) 感染症の予防策が講じられていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)60% b)40% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としては「安全衛生委員会」が、感染症予防対策を講じる役割を負っている。また、法人看護師連絡会が感染症の流行状況の動向について法人ネットワークシステムを使って「保健だより」として全国的に発生した感染症や食中毒に対する注意を情報発信し、各事業所の注意を喚起している。事業所では、法人の拠点別勉強会(年2回)に職員全員が参加し感染管理の技術を学んでいる。 ・事業所では、「感染症マニュアル」によって感染症予防の手順を確認している。特に、インフルエンザが流行る冬場には、全員が手順書を読み直している。感染性の汚物処理の手順も、物品を用いて対応手順を復習する。 ・法人は、職員にはインフルエンザの予防接種を義務付け、実施している。事業所では、保護者に対して、子どもの健康管理と感染予防、および兄弟姉妹が発症した場合に速やかに連絡するよう協力を要請している。 <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では、感染症の予防や発生時における適切な対応などに関し、自信のなさがかがわれる。子どもたちの安全という課題を考慮し、この点を重く見て改善を期待する。</p>	

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)20% b)40% c)0% 無回答)40% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人「交通安全・防災」委員会が、事業所の災害時安全対策を主導している。非常持ち出し品の指示、一斉避難訓練実施と実施後のアンケート調査、その他、全国で起こる災害についての情報を収集して各事業所に配信するなどの活動を行っている。また、法人では「リスクマネジメント委員会」を中心に、災害時事業継続計画(BCP)の作成に取り組んでいる。 ・事業所には法人が定めた緊急時マニュアルがあり、毎月、地震・津波・火災・外部からの侵入者等の緊急事態の種別ごとに避難訓練を実施している。訓練では、マニュアルに定められたとおり危険性に応じたやり方で実際に事業所から屋外の避難場所まで子どもを誘導している。非常用持ち出し袋は、事業所に1つ用意され、非常食や水などの備蓄品は2～3日分用意されている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本評価基準「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」の職員自己評価で「地域の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している」の肯定的回答は2割であった。また、「利用者及び職員の安全確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている」の肯定的回答は8割であったが、災害時に子どもを保護者へ引き渡すことに関して、保護者と合意を得た方法を確立し、避難訓練時に試みる必要がある。また、地域の関係各所との連携体制を構築しておくことも重要な取組である。子どもたちの安全という課題を重く見て改善に期待する。 	

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。

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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。	b
	b) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもと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)40% b)20% c)0% 無回答)40% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所では業務の水準維持に各種のマニュアル(手順書)を備えている。職務遂行要領書、感染症マニュアル、虐待防止マニュアル、緊急時対応マニュアル等である。職務遂行要領書には、登降園、ADL支援、療育支援、家庭支援、個別懇談等々、項目ごとの手順と配慮事項が新規職員と一般職員に分けてそれぞれ詳述され、一日の主な支援についての手順を網羅したものになっている。排泄・着脱の項目にはプライバシーへの配慮が添え書きされている。虐待防止マニュアルは、倉敷市発行のものを準用している。どのマニュアルも写真やフロー図を使い、平易な文章でわかり易さへの配慮が感じられる。 ・毎日の業務はボードにマグネットシートで業務種別ごとの職員配置を貼付し、出勤した職員はボードを見て一日の仕事を確認することができる。業務の実施方法は業務上の打ち合わせと朝礼・終礼で周知する。事業所は少人数職場であり、ほとんど毎日職員が顔を合わせて仕事の手順を確認し、業務の水準を維持している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務の標準化に当たり、手順書から一歩進めて支援に対する事業所の方針、目的を明確にしたマニュアルとしての整備が望ましい。さらに手順書・マニュアルと現場の実践との整合性を確認するしくみが、有益な手順書・マニュアルには欠かせない。検討を期待する。 ・プライバシーを含む子どもの権利擁護に関しては、手引きの作成や職務遂行要領書内の関係項目への加筆が必要である。また、家庭訪問、支援の要である通所支援計画策定の一連のプロセスや、モニタリングの根拠となる日々の支援の記録方法などの文書化への取組が期待される。 	

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、仕組みのもとに検証・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、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、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)80% b)20% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 当事業所がサービスの標準的な実施方法として策定している業務マニュアルは、管理者を実施責任者として、倉敷拠点や発達支援グループでの点検・見直しの方法が決められている(29年度事業計画)。職務遂行要領書については、児童発達支援事業所「きらり」5事業所で点検・見直しを行い、各事業所の実情に合わせた改定が進められている。</p> <p>■ 改善課題 標準的な実施方法については、利用者が必要とする福祉サービスの内容の変化や新たな知識・技術等の導入を踏まえ、定期的に検証し、必要な見直しをすることが必要である。また、見直しは、職員や利用者等からの意見や提案に基づき、また個別支援計画の状況を踏まえて行われなければならない。つまり、職員の見解だけでなく、支援の受け手である子どもや保護者の意見や提案も反映されるしくみづくりや、個別支援計画として支援ニーズに応えるために、不足している支援やしくみを検証することである。今後の取組を期待する。</p>	

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。

Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な個別支援計画を適切に策定している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	a
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・通所支援計画の責任者は管理者(児童発達支援管理責任者を兼務)である。通所支援計画は、入所後1カ月は暫定的支援計画とし、1カ月後の本計画以降は子どもの担当職員(正規職員)が支援計画案を策定して職員会議に諮り、決定後、家族へ説明をして同意を得るという手順を踏んでいる。暫定的支援計画、本計画についての保護者への説明は担当職員が行い、管理者は児童発達支援管理責任者として、この職員会議を主導している。 ・アセスメントに必要な情報は、保護者から見学時に子どもの所定の様式によって聴き取り、保護者には療育に関する「要望書」等の提出を受ける。職員は見学時から利用開始とその後に至る子どもの様子の変化に着目した記録を残している。これらの情報を基に、サービスの利用開始1カ月を目安に暫定の通所支援計画を作成する手順である。見学時の対応は、管理者が行っている。 ・支援のニーズは、決められた様式にまとめ、通所支援計画策定時の課題設定に活かしている。 ・サービスの利用開始と同時に、毎日の療育記録を「療育記録連絡帳」に記して保護者に渡している。この様式は、保護者が子どもの家庭生活の様子を書き入れて持参し、事業所では通所支援計画の項目ごとにその日のサービス提供の記録を記載して、帰宅時に保護者に渡すので、家庭と事業所の連絡帳と療育記録を兼ねた書式となっている。これにより、保護者は子どもの支援課題とその療育内容や子どもの様子を同時に読むことができ、計画の進捗もわかる。 ・支援が難しい事例については、日常的に昼食時に職員が話し合っている。事例検討会などはないが、水島拠点他事業所のベテラン職員に相談し助言を受けることができるしくみとなっており活用している。 ・利用者(保護者)調査では、「計画策定時に要望を聞いてくれている」「支援計画についての説明は分かりやすい」に対する肯定的回答は10割近い。</p>	

Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	b
	b) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画に見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)40% b)20% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所支援計画の見直しは基本的に6か月に一度実施している。計画は職員会議で検討し、保護者に説明後、文書で同意を得ている。また、子どもの成長などの変化によって支援計画を見直す必要があれば、逐次、発達のアセスメントをおこない職員会議で検討して計画を変更するなど、臨機に対応している。臨時の見直しなどは、保護者への連絡帳「療育記録連絡帳」に記し、帰宅時に保護者へ説明をしている。職員間では、朝礼および終礼で報告し周知させている。 ・通所支援計画を緊急に変更する場合は朝礼や職員会議で討議することになっているが、事業所では緊急な計画変更に関するしくみが整備されているとまでは言えないとしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者が課題としている、緊急な支援計画変更時のしくみの整備については職員自己評価の肯定的回答も低い。き本評価基準「定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている」の職員自己評価で、「個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している」の肯定的回答は2割に留まっている。事業所として、取り扱い方法を明確にして共通認識をもって取り組めるようにしておくことを期待する。また、見直しあたっては、当事業所が行っている標準的実施方法に、新たに反映すべき事柄や、ニーズがありながら十分に実施できていない点などについても明確にしておくことも求められる。今後の取組に期待する。 	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

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)80% b)20% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎日の療育記録は、「療育記録連絡帳」に書いて保護者に渡している。この様式は、保護者が利用者の家庭生活の様子を書き入れて持参し、事業所では個別支援計画の課題ごとにその日のサービス提供の記録を記載して子どもの帰宅時に保護者に渡すので、家庭と事業所の連絡帳と療育記録を兼ねた書式となっている。職員と保護者は、毎日、利用者の支援課題と日々の生活記録を共有しており、保護者は子どもの状態をよく理解することができる。 ・「療育記録連絡帳」は職員による記録の差異が生じない工夫として支援計画の課題ごとに子どもの状態を評価して選択肢に丸印を付ける形式にしており、詳細な情報は自由記述で追記している。また、職務遂行要領書においても詳細に「連絡帳(作成)」手順と記述要領が示されている。 ・サービスの実施に関する職員の情報共有は毎日の終礼で実施しており、検討事項等は終礼記録に記されている。 ・利用者の記録はひとり1冊ずつ個人ファイルにまとめている。個人ファイルには、サービス利用までの書類一式およびアセスメント関連記録、自立支援計画、療育記録連絡帳の写し、家庭訪問記録、保育所訪問記録等のすべてが綴じこまれている。 ・事業所内の情報共有には、パソコンのネットワークシステムも活用されている。また、法人本部や各種委員会などからのサービスに係る情報も、このシステムによって入手することができる。 	

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)80% b)20% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者が記録の管理責任者である。職員へは入職時に離職後も守秘義務を課す旨の誓約書を交わし、管理者は、個人情報保護の観点から、日常の朝礼・終礼などで職員に口頭で記録の管理について話している。また、保護者にはサービス開始時の重要事項説明において個人情報の取り扱いを説明している。 ・利用者に関する記録の管理体制は、法人の個人情報保護規程により定められている。 ・療育に関わる記録は、「問い合わせ・見学受付票」に始まり、アセスメントで用いる記録、日々子どもの状況が報告され記載される終礼記録等がある。記録類は、職務遂行要領書に定める文書や順序に従って一人ひとりファイリングし鍵付き書庫などに適切に保管している。また、通所支援計画を作成するパソコンにはアクセス制限を設けている。 ・開示請求や破棄の方法は個人情報保護規程で定めている。ホームページ上でも個人情報の取り扱いについて公表し、開示・改正・削除・利用停止の依頼窓口を設置し、連絡先を明示している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本評価基準「利用者に関する記録の管理体制が確立している」の「記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている」について職員の自己評価の肯定的回答は2割であって、管理者の認識と異なっている。一層の取組に期待する。 ・利用者（保護者等）からの支援記録等、個人情報に関する開示請求は、個人の権利として個人情報保護法に定められており、通園時に保護者へわたす重要事項説明書へ明記（請求方法、開示対象、手続き、費用等）しておくことが必要である。また、電子媒体の取り扱いについても管理体制整備と職員への周知徹底が望まれる。 		

IV 具体的なサービス内容

IV-1 利用者の尊重と権利擁護

IV-1-1 自己決定の尊重

IV-1-1-1-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a
	b) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)80% b)20% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、一人ひとりの力を最大限に発揮できるよう支援することを、通所支援計画策定時の考え方の中心に据えている。 ・療育の場面では、通園児それぞれに合った言語や視覚情報(色分け、写真や絵、実物)を用い、各児の強みや好みに合った活動素材を取り入れ、選択や「いや」な場合は「次にしようね」などと無理強いをしないかわり、見通しがもてるワークシステムなどによって主体的行動を導き出している。また、活動で取り入れている「お買い物」遊びなどは地域生活への応用を考え、トイレの取組みも自信をもってつぎのステップに移れる活動と位置付けている。 ・多くの通園児がもつコミュニケーション障害への個別対応や、子どもの意向を察知しつつ無理なく「力を最大限に発揮できる」ための個別・集合療育として、合理的配慮を具体化している。 ・職員教育の面では、法人倫理委員会による年度初めの人権研修を受講し、出席できない職員には研修資料を配布して個別説明をするなど周知させ、また、厚労省発行の障害者虐待に関する手引書を所内回覧している。 <p>なお、近年の福祉サービスにおいて障害の軽重や種類にかかわらず等しく、その自己決定が尊重されるべきであることは自明である。当事業所においてもせめて年長児にはサービス提供上の決まりなどについてその意向を直接問い、実践に活かす機会をつくる工夫を望みたい。</p>	

IV-1-2 権利侵害の防止

IV-1-2-1-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	C
	b) -	
	c) 利用者の権利侵害の防止等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)40% b)0% c)20% 無回答)40% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、バギー車使用時のシートベルト着用などによって身体拘束が想定されるような場合には事前に保護者に説明をして契約ごとに書面同意を得ている。 ・権利侵害の防止への職員教育として、法人が行うグループワークを取り入れた人権研修をほぼ全職員が受講している。受講職員にとっては、各自の考えや事業所の取組みを話し合い振り返る機会になっている。不参加職員へは、研修資料を配布し個別説明を行っている。 ・法人による虐待防止マニュアルの中で、虐待発見時の届け出・報告等について定められているが、管理者を始め4割の職員には周知ができていない(職員自己評価結果から)と見られる。管理者はその都度、市役所に確認するつもりであるとしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本評価基準は、子どもたちの権利擁護として、事業所でも権利侵害防止のしくみを作り、全職員が認識を一にして取組むべき重要基準である。職員自己評価では「利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている」の肯定的回答は、「所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている」で6割であるが、他はゼロから4割であった。今後、改めて、この評価基準に含まれるすべての項目を検討・吟味し、事業所が一体となって権利侵害の防止等に関する取組を構築し直すことが喫緊の課題と言える。 ・また、当事業所では、危険防止のため出入口に施錠をしている。このことについて障害をもつ子どもの権利という視点からの検討、解錠及び代案の検討、その記録化が必要と考えられる。子どもの権利侵害防止の取組は家族・地域ぐるみの取組が求められており、保護者に対する啓発活動も欠かせない。 ・なお、この評価基準は「取組の重要性に鑑み、取り組みが十分でない場合は『c』評価」とすると定められている。 	

IV-2 生活支援

IV-1-(1) 支援の基本

IV-1-(2)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
	b) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)80% b)20% c)0% であった。</p> <p>■ 取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分の意思を自由に表現することができるようになる、食事やトイレにかかわる行為が自分でできるようになるなどを療育課題とし、子どもが最大限の力を発揮できるよう職員は手を出すタイミングを表情などから読み、意思表示を待つなど、出来る限り見守りの姿勢で関わる事が職員の共通認識になっている。利用者(保護者)調査の結果からも実践を読み取ることができる。 ・療育の場での自立の動機づけとして、子どもの強みを活動に取り入れ頑張れることを伝える、苦手なこと後に興味あるものを組むといったかわりを工夫している。 ・自己管理面では、一日の活動の流れの自己管理やお帰りの支度を自分でする等を視覚的手がかりやスモールステップで達成を実感できるように支援している。家庭でも応用できるよう絵カードを使って保育園通園準備ができるよう支援した例もある。 ・保護者に対する行政手続、生活関連サービス等の利用支援は、受給者証関連事項や相談支援に関する説明は行っているもののその他の案件は相談支援事業所と役割分担をしており当事業所には相談が来ないと管理者は述べている。地域での自律・自立生活を支援するために、当事業所でも、障害をもつ子どものためのサービスの紹介や行政での手続きに関する相談に対応することが望ましい。 	

IV-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a
	b) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)80% b)20% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーション(意思表示や伝達、理解)に障害をもつ子どもが多く利用している事業所である。コミュニケーション能力の向上は、支援の中核となっており、複数職員によるアセスメントと通所支援計画に基づいてサービス提供をしている。活動におけるコミュニケーションは、家庭におけるコミュニケーション方法の把握や、子どもの発達や特性、生活場面に応じて、言葉によるコミュニケーションの他、カード、実物、文字、手順の提示など「視覚的手がかり」から子ども一人ひとりの状況に適した方法を適宜、工夫・選択して用いている。その他、ソーシャルスキルトレーニングや家庭での親子間のコミュニケーション支援など、コミュニケーションスキルを高める支援や実生活でも役立つ支援にも取り組んでいる。 ・意思の把握が困難な子どもの意思や希望をできるだけ適切に理解するために、保護者からの情報や療育中の様子を元に支援職員が話し合う、家庭訪問によって生活環境に関する情報入手するなどの取組をしている。 	

IV-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。	b
	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行っていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)80% b)20% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護者へは、就学年次には2回の個別懇談(面談)を予め用意し、その他必要に応じて随時、相談を受けることを重要事項説明書にも明記し実施している。随時の相談は原則として管理者対応し、不在の場合は2名の正規職員が対応する。相談には個室で応じることができる。相談内容は、朝礼・終礼で報告し、通所支援計画への反映が検討されることもある。 ・保護者の意思決定支援として、就学前の相談で、子どもを同伴した学校見学を薦めたり家での過ごし方に対する情報提供をしたりすることもあり、子どもには、選択の場面を設けた療育を行うこともあり、また、活動の選択で泣きだしたり、絵カードで葛藤を示すようなときには個別に話す時間を設けることもあるなど、子どもの意思を尊重し、一対一の個別療育の時には、併用園での出来事などを子どもから訴えられる雰囲気をつくっていると管理者は述べている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護者からの相談内容は職員との共有化を図るだけでなく、意思決定支援としての妥当性や通所支援計画への反映などの検討をする意味から、対応について児童発達管理責任者等と関係者による検討・理解・共有を行うことが求められる。利用者(保護者)調査では、「相談等が精神的サポートに役立っているか」については、肯定的意見が6割を切っている。さらに質の高い「相談など」が求められている。「意思決定支援としての相談」の視点から、これまでの取組みの見直しと、あわせて相談スキルの向上も期待される。 ・また、子ども自身の意思の尊重という観点から、小学生や年長の幼児などは、支援職員に伝えたいことを伝えられる場(意思を表明できる場)を意図的に設ける事業所としての工夫が望まれる。 		

IV-2-(1)-④ 個別支援計画にもと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) 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	b
	b) 個別支援計画にもと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) 個別支援計画にもと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)20% b)40% c)0% 無回答)40% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日中活動は、通所支援計画に基づいて行われているが、子どもの状況に応じて活動の選択ができるよう素材内容の見直しを行い、ごっこ遊びの種類や手づくりキャラクターの双六、ソーシャルスキルトレーニングの課題を増やすなどしている。活動への参加は、視覚の手がかりや口頭で手順を分かりやすく説明する、頑張りシールを用いる、強みを素材とする、登園を拒む子どもに対して買い物ごっこ・公園遊び・散歩などいくつかの選択肢を示し興味のある素材に取り組みめるよう仕向けるなど、状況に応じた動機づけをし支援している。 ・保護者への文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツに関する情報提供は、総合療育センターの余暇活動や障害当事者の親の活動などを入り口に掲示し、障害関係の公的機関が発行する関係情報は入り口に置いて貸し出しをするなど、管理者が保護者の地域生活に役立つ情報を選択して、行っている。家庭での余暇活動のヒントとして、活動場面で見る子どもの興味などから恐竜博物館の見学なども組み込んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本評価基準「個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている」に対する職員自己評価の肯定的回答は、「個別状況に応じた活動等への参加支援」の8割を除くと、他の5項目については、ゼロから2割である。一通りの対応はしているものの頻度が少ない、または、事業所の支援方針として周知されていないなどが推察される。特に、「利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動(支援・メニュー等)の多様化」「支援計画の見直し等とあわせて日中活動と支援内容等の検討・見直し」については、管理者、職員共に実施については不十分さを感じている。今後の取り組みに期待する。また、本基準が求める取組みに関する事業所の考え方や実践(支援)について、組織全体で共通認識がもてるよう取り組むことも期待する。 	

IV-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。	a
	b) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・当事業所を利用している子どもは、自閉症スペクトラム(広汎性発達障害)、学習障害、軽度知的障害など多様な発達障害をもつ。身体の障害を合わせもつ子どもの受け入れもしている。基本的に職員は、発達障害療育の専門職育成を役割に持つ法人内の事業所を経て配置されるため、リーダー層は、どの職員に対しても適切な助言やOJTによって職員の専門性向上に助力することができる。研修としては、自閉症スペクトラム児への関わり方、身体・運動・感覚面の発達と支援の視点などが組まれている。</p> <p>・実践としては、例えば、トイレのリズムや眠くなる時間などを自分から訴えることができない場合は、家族からの情報や観察によって把握し、療育上の参考にしていく。また、不適応行動が認められる子どもなど難しい判断を必要とする場合は、職員間の話し合いによって通所支援計画化する。状況によっては、個室で見守り、子どもからのサインを待ってつぎの対応をすることになるという。</p> <p>・子ども同士の関係調整は、自主性と自尊心を大切にするための対応と考え、子ども同士の相性を考えて居場所を考えるとともに保護者同士の相性にも配慮をする、部屋を区切るパーテーションの位置を変える、大人が介入しつつ苦手同士で好きなことをしてみるなど、領域環境の調整に重点を置いている。</p>	

IV-2-(2) 日常的な生活支援

IV-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	b
	b) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画にもと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)20% b)40% c)0% 無回答)40% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・生活支援として、昼食には、法人他事業所で献立・調理した給食を提供している。弁当持参の選択もできる。管理栄養士(法人他事業所に所属)は、毎月の給食会議において子どもたちの嗜好、保護者の意向等を支援職員を通して把握し、季節感のある献立を心がけている。医師の指示に基づいたアレルギー除去食の提供の他、偏食については例えば切り方に課題があるようなときには、変更を依頼することができる。職員は、部屋を工夫して活動の場と食事の場を切り替え、子ども同士の相性を見た着座、声掛け、使いやすい食具にするなど楽しい食事となるよう配慮している。しかし、職員・管理者共に食事環境について課題を感じている。</p> <p>・入浴支援はおこなっていない。公園で遊んだ後や運動の後、トイレの失敗の時には、清拭を行っている。</p> <p>・排泄支援については、保護者の要望が多く、家庭や併用園と協働プランによって、トイレの予告をする、自分でパンツの脱着をする、などのトイレトレーニングを行うこともある。和式トイレの練習もしている。</p> <p>・移乗・移動支援について、母親と一緒に行動しない子どもへ親子療育で話しかけやだっこ等による愛着形成を課題として取り組む、多動な子どもについて計画化した取り組みなどを管理者は例示している。また、専門家(理学療法士など)の意見を必要とすることもあるが、現状では、こうした専門職の助言が得にくいことを課題と捉えている。現状は、職員の話し合いによって対応をしている。子どもの送迎サービスは行っていない。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>・本評価基準「個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている」の職員自己評価の肯定的回答は、「個別状況に応じた排泄支援を行っている」については8割であったが、その他の項目は4割以下であった。特に、食事環境については改善が期待され、移乗・移動支援に対する専門家の関与についても、何らかの形で関与が望まれる。いずれも事業所内のみで解決できる課題ではないと考えられるが、組織的検討にもとづいて、改善に向かう取り組みが計画されることを期待したい。</p>	

IV-2-(3) 生活環境

IV-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。		評価
判断基準	a) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a
	b) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されているが、十分ではない。	
	c) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)80% b)20% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プレイエリア(療育の場)は温度・湿度計を備えて適切な室温、湿度、照明の明るさを保つようにし、通所児の特性に配慮して、落ち着いて課題に集中できるようパーティションでコーナーをつくり視覚情報をできるだけ制限した環境で、日々子どもを迎えている。療育環境の大きな位置を占めるパーティションは、通所児の遊びの様子をよく見て子どもの成長に合わせ、定期的に配置を変えている。 ・職員は安全点検チェック表(床・壁面・天井などの整理整頓など8カテゴリー38項目)によって月一度の点検とともに、玩具の破損等の点検をし、毎日、玩具や本、カーペットなどの消毒、パーティションとコーナーの点検を行うなどを取り決めて実施している。プレイエリア、トイレなどは清掃が行き届き、明るく気持ちの良い空間になっている。また、事務室や保護者向け相談室がある2階へ向かう急階段は、子どもの安全への配慮から簡易柵が設置されている。 ・他の子どもに影響を及ぼすような行動が見られる場合は、落ち着ける環境としてパーティション内の小さなコーナーや個室へ誘導し、職員は当該児から変化のサインが出るまで傍で座って待つという方法をとっているという。 <p>なお、本評価基準では、「生活環境」(療育環境)について子どもや保護者の意向を把握する取組とそれに基づく改善が期待されていることを付記する。</p>	

IV-2-(4) 機能訓練・生活訓練

IV-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)60% b)0% c)20% 無回答)20% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画策定時や、支援の際には法人内のOTやSTの助言等を受けることができる。 ・機能訓練・生活訓練は、通所支援計画に基づいて行われており、楽しく主体的に行えるように工夫している。例えば、工夫された食具を使って人気キャラクターぬいぐるみに食べさせてみる、ボタン掛けは当該児が好むお人形さんと練習する、登退所時に自分で靴の着脱をする、トイレで使うペーパーの長さの目安としてキリンのぬいぐるみを置く、小水がうまく便器内に収まるように人気のシールを的に使う、等々である。 ・機能訓練的な意味合いを持たせて、公園での追いかけっこを取り入れている例もある。 <p>■ 改善課題</p> <p>・本評価基準では、専門職との連携による機能訓練・生活訓練や個別支援計画による訓練、モニタリングが求められている。専門職のかかわりについて、当事業所では、管理者と現場職員の自己評価が分かれており、現状は、専門職の十分な活用に至っていないものと思われる。現行のしくみに基づいて言えば、OT・ST・心理等専門職のアセスメントや訓練に対する意見を求めるポイントを明確化して共有し、その助言などを書面で残し、その内容を踏まえて通所支援計画を策定し、支援するということが次善策として考えられる。今後の取組に期待する。</p>	

IV-2-(5) 健康管理・医療的な支援

IV-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。	b
	b) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)60% b)40% c)20% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日々の健康状態については、連絡帳の「健康チェック表」への書き込みや引継ぎ時に受ける留意事項などを確認して、職員間で共有して、子どもにかかわる。 ・職員は、水疱瘡、ヘルパンギーナ、アレルギーなど子どもにありがちな疾患に関する専門研修を受講し、食事やトイレを含む様々な活動の場面で、個々の体調の変化に気配りをし、変化に気付いた場合には家族へ報告することや、必要時に家族が指定する病院へ管理者または現場のキャップが付き添うなどを決めて、迅速な対応ができるようにしている。また、体調変化については、微細な変化を含めて連絡帳に記し、帰宅時に保護者に引き継いでいる。 ・利用児個々に起こりうる発熱・けいれん・肘内障などの「緊急事態」に関して、本事業所では、独自に、詳細な個人別緊急対応マニュアルを整備している。このマニュアルは、A4用紙片面1枚に簡潔明瞭に対応手順が記述されており、有用性が高い。 ・障害の状況に合わせた健康維持・増進のための取組みとして、自治体保健推進室保健師と連携して、お菓子しか食べない子どもの支援の取組みが例示された。 ・管理者は、基本的な子どもの健康状態の把握は、利用児の殆どが通院している医療機関や保育園や幼稚園などの併用園で行われていると考えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この評価基準では、すべての通所児（保護者）に対して、地域の保健医療機関によるものを含めて、医師や看護師等による健康相談や健康面での説明会などの定期的実施が求められている。現状に照らし合わせると、少なくとも当事業所通所児が地域生活においてどのような状況のもとに健康管理支援を受けているかを把握し、例えば、併用園がない子どもなど、一人ひとりの障害状況にも配慮した健康維持について保護者と話し合い、事業所としての取組みを検討する必要がある。また、障害をもつ子どもの「健康管理」について職員が定期的に学ぶ機会や、障害状況に合わせた健康の維持増進のためとの取組みの充実も期待される。 	

IV-2-(5)-② 医療的な支援が必要な手順と安全管理体制のもとに提供されている。		評価
判断基準	a) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	
	b) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されているが、十分ではない。	
	c) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されていない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>原則として、服薬管理を含め医療的支援は行われていない。岡山県保健福祉部障害福祉課による本評価基準に基づき非該当である。</p>	

IV-2-(6) 社会参加・学習支援

IV-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) 利用者の希望を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) 利用者の希望を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) 利用者の希望を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)80% b)20% c)20% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、社会参加として、恐竜博物館へ行って帰りに公園で遊んだ企画(夏休み期間に実施)を取り上げている。保護者への情報提供としては、自治体総合療育相談センターからのチラシ(キャンプ、巻きずしづくり、素麺流し等)の事業所内掲示をしている。 ・学習支援としては、就学前の子どもに対して、発表のし方、板書の理解のし方、つぎの行動へ移り方などを障害に合わせて工夫し、模擬的に行っている。また、個別的に数の数え方、文字の書き順、折り紙など、保護者の要望をもとにおこなっている。学齡児(放課後等デイサービス)には簡単な料理をしてみる「クッキング」の取組みもある。これ等の取組みは、通所支援計画に位置付けて行われている。 <p>■ 改善課題</p> <p>サービスを利用する子どもの障害特性から、コミュニケーションを核とした、生活スキルの習得を中心に療育を展開してきた事業所であり、サービス提供上、子どもや保護者(障害をもつ子どもの保護者)の社会参加という視点の弱さは否めない。今後、社会参加支援を進める意味や目的を事業所として明確化するとともに、社会参加について幅広いアセスメント(どのような社会参加を望むのか、できるのか等)をすることにより、内容の充実が期待できると考えられる。取組みに期待する。</p>	

IV-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

IV-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)80% b)20% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用児の状況から地域移行や地域生活に関する希望や必要性(ニーズ)は、定例的に行われる保護者との個別面談で把握することが多く、その要望に応じる形で支援を行っている。保護者からの相談は就学に関する相談が多い。未就園児の場合を含めて、保育園・幼稚園・小学校等の情報を提供し、場合によっては子どもを同伴した見学を勧めているという。 ・管理者は、地域生活に関する情報提供や関係機関へ出向くアウトリーチによる支援は、組織的なコンセンサスが得られず行えていないとし、情報提供に徹している。 <p>■ 改善課題</p> <p>・当事業所が目指している「その子どもらしい生活を確立できる力を育てる支援」の達成には、充実した地域生活継続支援に取り組むことが、これからの課題である。当事業所がいま行っている発達支援もこの支援目標の一環であるが、「地域生活」は、さらに、多様な側面を包含している。個々の子どもにとって、「子どもらしい健康な生活」とは何かを、職員と子ども・保護者が共通理解できるよう具体化する検討、その結果から想定される、アセスメント・支援内容や方法の改善など、様々な取組み課題として考えられる。取組みに期待したい。</p>	

IV-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援防

IV-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)40% b)20% c)0% 無回答)40% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族(保護者)とは、毎年定例の個別面談(就学前には年2回)を行い、送迎時や連絡帳による日々の支援状況の共有、随時の相談など、子どもに対する支援の進捗や家族の要望や理解状況を把握し、悩みをともに解決しようとする様々な取組を行っている。家族からは、子どもが、忙しい時間に一人で遊ばない、整理整頓ができないなどの相談もあり、助言や具体的な提案を行っている。 ・療育時の家族への連絡は、体調不良や急変時の対応をきめて速やかに連絡をするとともに、連絡帳や送迎時には、保護者との情報交換によって意向を把握している。また、保護者の随時の見学も受け入れているが、毎月、保護者見学週間を設けて、参加を呼びかけるなど、個々の療育について、情報提供し理解の深まりを支援している。 ・保護者には、法人事業所合同で行う、ペアレントトレーニングや勉強会、地域で行われている保護者主催の座談会などを情報提供し、参加者ができているという。 ・放課後等デイサービスの利用は、通所曜日や利用回数、利用時間が決められているが、保護者からの要望に応じて、利用回数の上限を広げるなど柔軟に対応している。 <p>なお、利用者(保護者)調査では、「先生方と話す機会があるので助かる」という意見が見られる一方で、「家族に対する精神的サポート」については、肯定的意見が6割を切っている。保護者(家族)の地域生活を支えるという視点で、現状の取組を事業所として見直し、相談体制の充実(相談スキルの向上を含む)とともに、保護者の支援体制の一層の充実が期待される。</p>	

IV-3 発達支援

IV-3-(1) 発達支援

IV-3-(1)-① 子ども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) 子ども子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a
	b) 子ども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) 子ども子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・発達支援は、個々の通所支援計画に基づいて行われている。保護者からの意向の聞き取りや、職員による行動観察のほか、アセスメントシートによる食事等の日常生活動作やコミュニケーション、活動、個性に関する8カテゴリーの詳細な聞き取り情報と、乳幼児発達スケール・太田ステージによって発達評価を行い、複数職員で検討の上、保護者からの要望を中心にした支援を行っている。 ・支援は、個々の発達に応じて、個別支援・集団支援を軸に、遊び、運動、学習、お絵かき、読書など、多様なプログラムを組み合わせ、個別支援はマンツーマン対応である。支援職員は、個々の支援目標と子どもの好みに合わせ、事前に検討されたツールや遊具を、日々、準備して、受け入れをしている。 ・療育の内容は、原則として半年ごとの見直しとしているが、子どもの状況によって随時の変更も行っている。支援は、保護者からの要望に応じる形で、子どもが併用する保育園や幼稚園、学校、相談支援事業所等と情報共有し、必要に応じて連携による支援も行う。 	