

福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

② 施設・事業所情報

名 称：児童発達支援センター 倉敷学園	種別：児童発達支援	
代表者：安 知子	定員：50名	
所在地：岡山県倉敷市栗坂8		
電 話：086-464-0012	ホームページ： https://www.cumre.or.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：1978（昭和53）年4月1日		
経営法人・設置主体：社会福祉法人 クムレ		
職員数	常勤職員：23名	非常勤職員：25名
専門職員	保育士：6名	保育士：4名
	社会福祉士：2名	社会福祉士：2名
	看護師：2名	看護師：1名
	言語聴覚士：2名	言語聴覚士：1名
	作業療法士：2名 介護福祉士：1名 管理栄養士：3名	
施設・設備の概要	指導訓練室9室、多目的訓練室3室、ランチルーム、ホール、医務室、静養室、スヌーズレンルーム、相談室、園庭	

③ 理念・基本方針

<法人理念>：ともに育ち ともに生きる

倉敷学園は「どんなに重い障がいがあってもその子らしく元気で育っていけるような子育て・親育ち・地域を育んでいこう」

<法人方針>

①利用者満足の追求、②集う人の幸せの追求、③強くしなやかな組織づくり、④地域社会への貢献
倉敷学園は、子どもをかけがえのないたった一人の子どもとして尊重し、大人になって自分の生活や暮らしを自分で決めていけるよう、その時期に子どもが経験することをその子の興味や強みに焦点を当てながら取り組んでいきます。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

児童発達支援センター倉敷学園は、機能強化型児童発達支援センターを目指し、要配慮児童に対する支援を総合的に実施する中核的な支援拠点として、地域支援部門と発達支援部門を二つの柱として、相談、連携、地域支援、発達支援に関する各種事業を実施しています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2021年 7月 8日（契約日）～ 2022年3月25日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（平成29年度）

⑥ 総 評

◇特に評価の高い点

1. 非言語コミュニケーションをしっかりと受け止めることから、子どもの意思尊重が丁寧に実践されている

当事業所では非言語コミュニケーションをしっかりと受け止めることを大切にしている。まずは子どもの表情・態度・仕草・視線・行動などから子どもの気持ちを汲み取ることを意識し、具体的には子どもたちは障害特性から視覚情報を受け止めやすいので、その点を活かして絵カード・写真・実物などを要求伝達ツールとすると効果的であることが多いが、さらに子どもからの表出サインは身体の動きや頷きなどから読み取っている。

このような支援を行う背景の一つに、当事業所には言語聴覚士（ST）が3名配置され、すべての子どもの個別アセスメントを行っているということがある。言語聴覚士は、特別支援計画に沿って、口腔機能訓練、嚥下指導、発声訓練などを行っている。そして、この言語聴覚士とクラスで協議して、当事業所では適切に子どもを理解するための取り組みを行っている。

言語聴覚士からの助言を受けて、発声の可能性がさらに伸びそうな場合にはカード等のツールに頼ることをしばらく待ち、声や発語により意思表出できるようにする取り組みも行っている。

併せて、発達支援としては、法人内の専門職以外にも近隣の大学と連携し、発達障害児支援における意思の尊重について研鑽を積んでいる。

これらのことから、子どもの意思を育てること（意思形成支援）や、子どもが自分の意思を表明すること（意思決定支援）を大切にしたい掛けがえのない取り組みを行っている事業所であると評価できる。

2. アセスメントから個別支援計画の作成、記録、クラス会議における振り返りという一連の流れを充実させて、子どもにとって適切な支援が行われるように努めている

当事業所には、日々の療育に当たる保育士のほかに、常勤の作業療法士、言語聴覚士、看護師、栄養士、社会福祉士、非常勤の理学療法士などの専門職が配置されている。個別支援計画の作成や見直しを行う年2回の「プラン会議」には、それらの専門職が参加し、専門的な視点から子どもと家庭のアセスメントを行って、支援計画を作成している。個別支援計画に基づき実施された支援の内容は、支援計画の項目ごとにケアコラボ（インターネット情報共有システム）で子どもの様子とともに記録されているため、支援計画の進捗状況は、クラス担任だけでなく、保護者や専門職も確認することができ、意見交換なども行うこともできる。

保護者は、個別支援計画の見直し時期の個別面談では、日頃から情報を共有することができている子どもの姿から、次のステップへの希望を述べるができる。

また、月1回のクラス会議には「プランでできるようになったこと」「職員が支援する上で悩んでいること」などを、非常勤職員も含めて、クラスの職員全員が事前に記入して参加し、子どもの様子と支援の内容について共有・検討している。なお、クラス会議では個別支援計画のことだけでなく、子どもの権利擁護や権利を尊重する視点から、子どもの誘いかげや制止、パニックへの対応など、職員のかかわり方を振り返る時間を毎回とっている。そのようにして、当事業所では、専門職の活用、保護者との情報共有、支援の振り返りなど、アセスメントから支援の振り返りまでの一連の流れを充実させ、子どもの発達支援と権利の尊重を重視したより適切な支援ができるように努めている。

一方、職員自己評価では「アセスメントは実施できているが、時短勤務のパート職員やアルバイト職員との共有が不十分であるために、子どもへの対応が異なることがある」というコメントがあった。「共有の充実」を課題に、さらなる取り組みに期待する。

◇特に改善を求められる点

1. 法人における人材育成の事業所として位置づけられるなかで、利用者(保護者)からの苦情や意見が繰り返されている。発生要因を分析し、改善策を見直すことを期待する

当事業所は法人における人材育成の事業所として位置づけられ、毎年数名の新人職員が配置されている。法人による新任職員研修体系が整い、職業人としてのOJTを実施する「クムパートナー制度」も実施している。

しかし、挨拶、子どもとのかかわり、保護者とのやり取りなど、基本的な事柄について苦情や意見が数年続けてあげられるなど、前年度の経験が生かされていない。

職員自身は経験を積み、育成されていくが、事業所としての質を確保することが難しくなる。苦情や意見の発生要因を職員個人に帰することなく、新人職員を多く配置している体制においても不適切な支援が生まれぬよう、チーム支援の視点で状況を分析し、よりよい支援の実践につなげられるよう検討することを期待する。

2. 非常勤職員（嘱託職員）の位置づけを明確化し、積極的に活用することが求められる

法人では、働きやすい職場環境づくりに積極的に取り組んでいる基準を満たす事業所として「おかやま☆フクシ・カイゴ職場 すまいる宣言」を行うなど「働きやすさ」について積極的に取り組んでいる。また「キャリアパス制度」を充実させ、人材育成も力を入れている。しかし、その一方で、非常勤職員の活用に関しては、事業所の取り組みは具体性に欠ける。

当事業所の職員は、常勤職員 23 名、非常勤職員（嘱託職員） 25 名という構成である。そのなかで、常勤職員についてはキャリアパス制度のもと職位や研修などが明確化され、現場でも役割を果たしている。一方、嘱託職員に対しては、勤務時間について設定を行い、会議への参加を促し、そのために超過勤務手当も支払っているものの、都合により会議に参加できない職員が多く、研修などについても同様である。

職員自己評価では、新人職員とパート職員でクラスを運営している現状に不安に感じているというコメントがあった。これまで、会議は常勤職員のみで開催してきたが、今年度後半からは会議への参加を検討している。また、リーダー層との面接を開始しているが、その取り扱い、評価・活用は不明確であり、職員自己評価では「パート職員については、育成の取り組みが明確になっていない」「嘱託職員への待遇が問題である」などの意見が寄せられている。改善に向けて具体的に取り組むことを期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価時の職員自己評価、また聞き取り時のやり取り、そして結果報告書から倉敷学園のありのまま現状を客観視することができました。今年度は特に心理的安全性の高いチームづくりを倉敷学園でも取り入れたものの、チームとしての機能不全を起こしていることがリアルに感じられました。

今回の第三者評価を受けて、次年度の事業計画に、重点テーマの一つとして「職員一人ひとりがいたい姿を描く。経験・職種の違いを理解して互いに学び合う」ということを入れています。嘱託職員を含めて、チーム倉敷学園としてチーム支援の視点で取り組みを始めます。

今回は講評や改善課題を明確化してくださり、感謝しています。課題を分析して計画に落とし込み、どのような改善になったのか、PDCA サイクルで取り組んでいきます。

⑧ 第三者評価結果

別紙「第三者評価結果」に記載している事項について公表する（p.5～34）。

● 共通評価項目

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-1 理念、基本方針が確立・周知されている。

【1】I-1-1-1-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		評価
判断基準	a) 法人、福祉施設・事業所の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	a
	b) 法人、福祉施設・事業所の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人、福祉施設・事業所の理念、基本方針の明文化や職員への周知がされていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)92.9% b)4.8% c)0.0% 無回答)2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、基本理念、基本方針、行動指針を明文化してホームページや広報誌(クムレ10)等に掲載し、事業所内にも掲示している。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、地域の人々とも「ともに」という考え方を包含したものである。 ・法人では、正職員と嘱託職員Aにブランドブック(組織の理念等を職員に理解・浸透させることを目的として配布している小冊子「クムレ10の心得」)を携帯させ、当事業所の非常勤職員である嘱託職員Bなどには名刺サイズのカードに理念等を記載して持たせている。そして、法人の基本理念等への理解の浸透を図るために、全職員を対象に研修を行っている。新採用時研修、年度初回の研修でも、全職員を対象に研修会で説明している。 ・上記のほか、理念の浸透を図るために、今年度は新たに「理念研修」を行い、この研修に全職員が参加できている。また、各事業所に、法人内で設定している「人材育成チーム」から委員が参加し、意見交換している。 ・当事業所では、常勤職員による「職員会議」(毎月)および「クラス会議」の開始時に、法人の当該年度の「スローガン」や「クムレ10の心得」を唱和している。その後、自分の経験などを重ね合わせて意見交換し、理解の浸透を図っている。 ・業務目標管理活動においては、正職員との面接時は理念を意識し、非常勤職員(嘱託職員)については、令和3(2021)年10月から発達支援管理責任者が面接して確認している。 ・利用者(家族)に対しては、入園・進級時にパワーポイントを活用して理念・基本方針を説明し、また法人の広報誌を配布している。 	

I-2 経営状況の把握

I-2-1 経営環境の変化等に適切に対応している。

【2】I-2-1-1-① 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		評価
判断基準	a) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
	b) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が把握されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)11.9% c)2.4% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、少子高齢化が進む現状において、法人を取り巻く経営環境についての把握と分析に努めている。理事長および法人本部が中心となって、多様な方法で社会福祉事業全体の施策の動向を把握し、執行役員会および経営会議(課長級以上)で、法人全体の方向性を決定している。また、経営する事業所を「倉敷」および「水島」の2つのエリア(拠点)に分けて、各拠点会議において法人の方針の周知と拠点内の各事業所の取り組み状況の共有に努めている。 ・法人内の他事業所の管理者が主体的にメール送信などによって情報提供しているので、当事業所の管理者はそれを参考にしている。 ・拠点ごとに、自治体の情報や地域の福祉ニーズの情報を収集して共有し、それを方針の決定につなげる体制が整備されている。 ・当事業所は、倉敷拠点の事業所の一つに位置づけられている。管理者は、執行役員として、法人の経営会議をはじめ法人内の複数の会議体や委員会のメンバーであることで、法人を取り巻く環境等についての情報を把握する機会を持ち、そのように把握した情報を必要に応じて職員に知らせている。一方、当事業所の稼働率などの経営状況に関する情報は毎月法人本部に報告し、管理者が参加する倉敷拠点会議などで拠点内の全事業所の状況を共有している。 ・拠点ごとに、自治体や地域の福祉ニーズに関する情報を収集して共有し、方針の決定を行う体制を整備している。倉敷拠点では、次年度から新規に支援の場を立ち上げる計画があり、より積極的にエリアに関する利用者ニーズや制度上の実態などを把握し、活用するようにしている。 ・なお、この項目については、主として法人全体の取り組みに対して評価を行った。 	

【3】I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		評価
判断基準	a) 経営環境と経営状況の把握・分析に基づき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
	b) 経営環境と経営状況の把握・分析に基づき、取組を進めているが十分でない。	
	c) 経営環境と経営状況の把握・分析に基づく取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)23.8% c)2.4% 無回答)16.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理事長および法人本部が経営課題を明らかにし、その課題の解決に向けて、法人本部とともに倉敷拠点および水島拠点がそれぞれコンセプトを掲げ、拠点としての事業を展開する体制である。その体制のなかで、人材確保、人事システムの見直し、ICTの活用、リーダー層の育成などを重要課題として位置づけて取り組み、各事業所ではそれぞれの本来の事業所経営を行っている。 ・「倉敷」および「水島」の2つの拠点では、それぞれいくつかのテーマを掲げ、管内の事業所ではその機能に応じてテーマごとのチームに参画し、事業を展開している。今年度の水島拠点では「子育て」「働く」「暮」「つなぐ」「支」の4つのテーマを設け、テーマごとに定期的に会議（カテゴリーミーティング等）を開催して、地域の状況に応じた事業に取り組んでいる。それらの事業の進捗状況は経営会議で確認している。 ・管理者は、事業所の活動実績などの経営状況や課題について「職員会議」で報告し、書面でも周知している。 ・法人の方針等を効果的に具体化させて経営強化を図るために、財務や人材（財）などの法人管理業務をサポートする「サポートセンター」を設置している。 ・なお、この項目に関する職員自己評価の結果は、肯定的な回答の割合が6割に達しない状況であるが、ここでは法人全体の取り組みに対して評価を行った。 	

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

【4】I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	a
	b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画又は中・長期の収支計画のどちらかを策定しておらず、十分ではない。	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)81.0% b)9.5% c)2.4% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・制度改正や医療・福祉を取り巻く状況を踏まえて、法人として「くみれ中期経営計画2025(2021～2025)」をスタートとさせている。この計画については国の唱える「地域共生社会」の実現に向け、倉敷と水島の2つの拠点体制による切れ目ない支援を行い、国際連合が採択した持続可能な開発目標(SDGs)にもつながるものとして位置づけている。 ・法人の基本理念のもとに「地域共生社会の実現と拠点体制の構築」を目指して「多様な生きるを実現する地域づくり」など3つの方針を掲げ、それぞれ具体的な取り組みを明示している。 ・中期経営計画は、外部環境などの変化に応じて半期ごとに見直している。なお、中期経営計画を見直す場合には執行役員が検討し、決定は経営会議で承認を受けるしくみである。 ・当事業所では、法人の方針に基づく「くみれ中期経営計画2025」を踏まえた「見える化」を進めることを課題とし、そのため「これからのありたい姿の設計図」(テーマ、活動内容、実施時期など)を定めている。 	

【5】I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 単年度計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	b
	b) 単年度計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)78.6% b)9.5% c)2.4% 無回答)9.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「クムレ中期経営計画2025」を踏まえて拠点ごとに事業計画を作成し、その内容を踏まえて各事業所が単年度の事業計画を策定するしくみである。 ・単年度の事業計画は、全事業所が共通のフォーマット(枠組み)で作成している。なお、そのフォーマットは、今年度の事業計画からは新たな枠組みに見直している。まず「事業所のありたい姿」を具体化するための計画として、重点テーマ・施策およびその評価・成果指標を記載している。この「事業所のありたい姿」に加え、フォーマットは「目標利用者数・収入」「利用者支援の充実」「地域共生社会づくりに向けた取り組み」「業務改善及び運営基盤の確立」「設備投資計画」「その他」から構成されている。 ・事業計画の策定責任者である管理者は、数値目標や具体的な成果指標を設定しているとしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各事業所が作成する単年度の事業計画の枠組みの統一によって、法人として記述内容の標準化を行うとともに、計画の内容が具体的な記述になるように努めている。 ・しかし、当事業所の事業計画の内容はやや具体性に乏しく、また「クムレ中期経営計画2025」や、それを踏まえて作成しているという事業所の「これからのありたい姿の設計図」との整合性や関係性が明確には読み取りにくい。より充実した事業計画の策定に向けて取り組むことを期待する。 	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

【6】I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		評価
判断基準	a) 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
	b) 事業計画が職員等の参画の下で策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、又は、職員の理解が十分ではない。	
	c) 事業計画が、職員等の参画の下で策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)59.5% b)23.8% c)9.5% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の事業計画は、法人本部が示す枠組みやスケジュール等に従い、拠点の事業計画案と前年度の取り組みなどを振り返りながらの策定している。まず、管理者が原案を作成し、それに対するリーダー層の意見などを把握して策定するようにしている。 ・事業計画策定の進捗管理では、管理者が事業計画の内容を確認し、10月と3月の年2回、振り返りを目的とした「職員会議」の議題として提案し、意見を聞いている。さらに、拠点会議にも内容を報告している。 ・毎年の年度初めに、嘱託職員を含めた職員に対して事業計画の内容について説明している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・単年度の事業計画については、計画実行の担い手である職員の理解促進を図り、それによって職員が内容を十分に理解していることが求められる。また、事業計画の策定過程や振り返りの機会には、できる限り職員が参加して意見を集約し、その結果を反映させることが重要である。 ・当事業所では、すでに嘱託職員も対象にした取り組みは実施している。しかし、さらに取り組みを充実させることを期待する。 	

【7】I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		評価
判断基準	a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	a
	b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 事業計画を利用者等に周知していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)66.7% b)21.4% c)2.4% 無回答)9.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の内容については、入園時や進級時に計画の主な内容のまとめをパワーポイント化して説明し、さらに説明の書面を配布するようにしている。 ・当該年度の事業の方針等については、利用者等には広報誌(クムレだより「ふれあい」)を配布していて、その広報誌の記事として拠点ごとの事業計画が掲載されている。 ・児童発達支援ガイドラインに基づく「保護者からの事業所評価」は、内容を集約して職員に配布したのちに意見を収集し、対応策をまとめて保護者にフィードバックしている。また、事業計画にも反映させている。そのなかで、昨年度は居室の清掃やランチルームの環境整備などに取り組んでいる。 	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

【8】I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a
	b) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。	
	c) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)73.8% b)16.7% c)2.4% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの質の向上は、法人の「中期経営計画2025」の重点方針の一つに位置づけている目標であり、福祉サービス第三者評価の活用や内部監査の実施による「ブラッシュアップ」(同計画より)をPDCAサイクルで展開することが明示されている。 ・法人では、ほとんどの事業所において数年ごとに福祉サービス第三者評価を計画的に受審させ、その受審結果を集約し、分析している。受審した事業所では受審結果を踏まえて改善計画を定め、その結果を法人が主催する「報告会」(役員や全事業所の多くの職員が参加)の場で発表する体制・しくみである。 ・当事業所の今回の第三者評価の受審は、2017(平成29)年度以来、3回目である。前回は受審結果を踏まえ、①倉敷学園業務指針(業務マニュアル)の作成、②安全確保のため居室に鍵をかけていたが、職員配置と活動内容の見直しによって「鍵をかけない教室」に改善したことなどに取り組んでいる。 	

【9】I-4-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		評価
判断基準	a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	a
	b) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。	
	c) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)83.3% b)4.8% c)2.4% 無回答)9.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の方針として、第三者評価を活用して課題を明らかにし、各事業所に対しては明らかになった課題の改善に向けて計画的に取り組むことを促している。各事業所では、法人の方針に則って、改善に向けた取組を計画的に具体化していくしくみである。 ・毎年実施している児童発達支援ガイドラインに基づく「事業所自己評価」には、チェック項目ごとに工夫している点を記載し、また不十分な項目などについては内容や目標を記載している。「保護者からの事業所評価」については、集約して職員に配布したのちに意見を収集し、対応策をまとめて保護者にフィードバックしている。 	

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-1 管理者の責任が明確にされている。

【10】II-1-1-1-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	a
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)2.4% c)4.8% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者の責任と権限は、法人の「職務権限規程」に定められている。さらに、キャリアパスのしくみのなかでは、職務・役割階層ごとに職員に対して求められる「期待像」や、そのことに照らした「役割基準」などが明示されている。また、当事業所としての業務分掌は、職員の希望などを把握した上で、年度初めに決定している。 ・管理者は法人の執行役員であり、経営会議をはじめ、拠点の複数の会議体および委員会のメンバーとなっている。そのため、法人の方針および法人内の動きを把握して役割の執行に取り組み、またそれを職員に周知する役割を担うことに全力を注いでいる。 ・当事業所は、機能強化型児童発達支援センターを目指し、発達支援部門と地域支援部門の2つの柱で活動しているので、それらの分野の責任者を指名し、責任者はリーダーとして活動している。さらに、法人全体の取り組みのなかでは、当事業所は専門職の派遣および新採用職員の教育の場であり、その役割の執行にも力を注いでいる。 	

【11】II-1-1-1-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	a
	b) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)83.3% b)2.4% c)4.8% 無回答)9.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、関係機関による法令に関する研修や法人内の会議・研修等への参加を通じて、遵守すべき法令等の内容の把握とその正しい理解に努めている。 ・制度改正などの情報は、法人本部から提供されるものも含めて、職員に周知するように努めている。 ・法人は「ガバナンス改革プロジェクトチーム」を立ち上げ、昨年度は委員が各事業所を巡回し、書類の点検などに取り組んでいる。このプロジェクトチームは、社会福祉事業会計を中心とした透明性の担保を求められる会計監査を中心に、ガバナンスの点検を行っている。 ・当事業所では、会計監査を内部監査で受けている。指摘事項について見直し、法人内の他事業所への水平展開に取り組んでいる。 	

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

【12】Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、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。	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)85.7% b)7.1% c)2.4% 無回答)4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は法人の執行役員であり、また拠点統括として経営会議をはじめ拠点の複数の会議体および委員会のメンバーとなっている。そのため、法人の方針および法人内の動きの双方を把握してその執行に取り組み、またそれを職員に周知する役割に全力を注いでいる。さらに、法人全体の取り組みとして、当事業所は専門職派遣および新採用職員の教育の場であり、その役割の執行に力を注いでいる。 ・管理者は、職員会議にとどまらず、朝礼、終礼、クラス会議に参加し、職員の意見を積極的に聞き取り、現場の意見が反映できるように努めている。さらに、法人・拠点内で子ども・児童分野を担当する他事業所のリーダー層と経営環境や経営状況について意見交換するための「強化ミーティング」の場を設けている。一方、現場の具体的な指導は、リーダー層が役割を担っている。 ・職員から「排泄支援」について問題提起があり、改善に向けて検討した。これをきっかけに、職員会議への全員参加を目標にして、勤務体制などの見直しに取り組み、現在6割が参加している。 ・法人の「人材育成マネジメント」の担当として、サービスの質の向上のために現状の研修を評価し、改善を考えられる立場であり、充実を期した取り組みを行っている。今年度は、理念研修および「10の心得」研修を実施しているほか、グループワークなどを取り入れたより実践的な研修ができるようにしている。 ・なお、法人内外の研修については、拠点会議や経営会議などを活用して発信し、今後はオンライン研修の開催によって研修参加者の増加を推進する方向である。 	

【13】Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	a
	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)81.0% b)9.5% c)2.4% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人事、労務、財務等に関しては、主に法人本部が役割を担っている。そのため管理者は月ごとの利用者の動向、予算収支実績、利用率、人件費率、事業の進捗状況などを法人本部に報告し、経営会議で分析している。 ・法人として、理念の実現に向けて経営組織の改善や業務の実効性を高めるための取り組みとして「人材マネジメント」「ガバナンス」「ICT化」などに一体的に取り組んでいる。管理者は、この取り組みから提案される課題を受けとめ、事業所の取り組みを充実させている。 ・職員に対しては、経営会議で検討された大きな変更点などについては、職員会議、情報共有グループウェア「WaWaOffice」、朝礼などを通じて報告している。 	

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

Ⅱ-2-1 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

【14】Ⅱ-2-1-1 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それに基づいた取組が実施されている。	b
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それに基づいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)66.7% b)19.0% c)2.4% 無回答)11.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「キャリアパスのしくみ」を整備し、職員のキャリアアップを支援する体制をつくっている。キャリアパスのしくみは「キャリアパス対応人事処遇制度」「キャリアアップ支援の職員研修体系」「業務目標管理評価制度」で構成され、それらによって職位に応じた役割資格の明示、キャリアアップ支援の職員研修体系、人事評価制度を連動させることに努めている。 ・法人では、職員の確保と育成に一体的に取り組むため、今年度は新たに「人財マネジメント会議」(人財育成チーム、人財確保と採用メディアチーム)を設置し、体制の強化を図っている。人材確保には「人材確保チーム」を中心にして取り組み、具体的な採用活動としては、ホームページやSNS(ソーシャルネットワーキングサービス)によるPR活動、拠点ごとの職場説明会の開催、職員紹介制度、独自の就職説明会の動画配信、リモートによる就職イベントへの参加など、特にインターネットの活用にも力を入れ、若い職員もチームメンバーに加えて取り組んでいる。なお、職員紹介制度については、今年度から嘱託職員もその対象に加えている。 ・嘱託職員の採用は、事業所ごとに管理者が面接している。 ・法人においては、今後の事業展開を見据え、看護師、作業療法士、理学療法士、言語療法士などの有資格者の確保について重点化して取り組み、当事業所で採用している。そして、法人内の他事業所からの依頼で、有資格の専門職員を派遣するしくみとしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての体制強化や取り組みの工夫は行われている。そのなかで、有資格の専門職員の採用についてはこのたび開始したところであるため、まだ専門職員の効果的な活用には至っていない。 ・また、新規採用者の育成についても、さらなる充実が求められる。 	

【15】Ⅱ-2-1-2 総合的な人事管理が行われている。		評価
判断基準	a) 総合的な人事管理を実施している。	b
	b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c) 総合的な人事管理を実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)23.8% c)4.8% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、新たに「人財マネジメント会議」を設置し、人材の確保と育成を一体的に進める体制を整備している。 ・職員のキャリアアップのしくみとして「キャリアパス対応人事処遇制度」「キャリアアップ支援の職員研修体系」「業務目標管理評価制度」からなる制度を整備している。 ・上記のしくみのなかで、職位階層ごとに「期待する職員像」(職務・役割行動の求められる姿)を明示し、人事考課制度において、役割等級の昇降格等の審査、職員育成のための情報収集などを行っている。具体的には、業務・目標管理評価、要素別評価、キャリアアップ能力開発目標などに関するシートを用いて、目標設定面接(5月)、中間面接(10月)、期末評価面接(3月)を行い、4月にフィードバックしている。 ・これらの取り組みについて4は「キャリアパス運営手引き」などにまとめて明示しているほか、法人のブランドブックに「期待する職員像」を明示し、職員に配布している。 ・処遇改善の必要性の判断や評価分析については、執行役員会などで行っている。 ・「自分のありたい姿」を描き、職員間で共有するなど、将来の姿を描く機会づくりに取り組んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての取り組みは規程化され、実践されている。 ・しかし、その一方で、職員自己評価では「現場職員にとってはわかりづらい」「嘱託職員は対象になっていない」などのコメントがある。改善に向けて、さらなる取り組みを行うよう期待する。 	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

【16】Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		評価
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	b
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)23.8% c)4.8% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として勤怠管理を電子化し、出勤、退勤、残業申請、残業事後報告、有給休暇の取得状況などを管理できるしくみを導入した。 ・出勤や退勤の時間、有給休暇の取得などについては、職員本人の希望に沿うように勤務調整を行うようにしている。なお、有給休暇の取得率は57%である。 ・職員の心身の健康の確保については、法人の看護専門部会や感染症チームなどが状況を確認し、発信している。また、職員会議の議題として取り上げ、労働の負担が過重にならないように、また職場でのハラスメント、いじめ等がないかなどについて話し合っている。 ・個々の職員との面談の機会としては、クムパートナー制度(後述する当法人のOJTのしくみ)による職員とクムパートナーとの日常的なやりとりや、人事考課面接などがあるので、それらの面談の機会に職員それぞれの意向の把握に努めている。また、法人では「ハラスメント」に関する相談窓口、法律事務所への公益通報などのしくみを設けている。 ・福利厚生制度については、法人がソウエルクラブ(社会福祉法人福利厚生センター)や岡山県民間社会福祉従事者育成制度(岡山県社会福祉協議会)に入会しているほか、慶弔見舞金、職員互助会、5年ごとの研修旅行などがある。また、当法人に勤務する職員向けの企業主導型保育所を開設している。 ・法人では、働きやすい職場環境づくりに積極的に取り組んでいる基準を満たす事業所として「おかやま☆フクシ・カイゴ職場 すまいる宣言」(岡山県福祉・介護人材確保対策推進協議会による)を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、嘱託職員への待遇に関して問題提起されている。 ・嘱託職員への関与としては、上司と職員の一対一の面接の機会を増やすことによる「1on1」の取り組みや、互いの意見を出し合うための「終礼」を毎日行うなどの取り組みを開始しているが、待遇面などとの関連もあるため、法人全体としての取り組みを期待する。 	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

【17】Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	b
	b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	
	c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)59.5% b)26.2% c)7.1% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「期待する職員像」をブランドブックに明示し、職員(正職員、嘱託職員A)に配布している。また「キャリアパス運営指針」のなかで「人財の育成の方針」を掲げて「使命感、倫理観を有する職員の育成」などを示し、それによってキャリアアップに対応した処遇制度、職員研修体系、業務目標管理評価制度(正職員対象)を連動させ、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立案し、上席職員との面接のなかで目標を決定している。進捗管理については、目標設定時(5月)、中間時(10月)、期末評価時(3月)の面接を経て、遂行度・達成度を評価・決定し、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>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は、正職員と嘱託職員Bで構成されているが、嘱託職員Bについては目標管理評価制度の対象にはならない。今年度からリーダー層との面接を開始したが、その取り扱い、評価・活用は不明確であり、職員自己評価では「パート職員については、育成の取り組みは明確になっていない」とのコメントがある。 ・保育士、児童指導員として直接支援を担当している嘱託職員数は13名(保育士4名、社会福祉士2名、児童指導員7名)であり、正職員(常勤職員)は7名である。法人としての検討を期待する。 	

【18】Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	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) 81.0% b) 14.3% c) 0.0% 無回答) 4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、新たに「人材マネジメント会議」を設置して人材の確保と育成を一体的に進める体制を整備し、職員の教育・研修に関する計画や見直しに取り組んでいる。キャリアアップのしくみは「キャリアパス対応人事処遇制度」「キャリアアップ支援の職員研修体系」「業務目標管理評価制度」で構成され、職位に応じた役割・資格の明示、キャリアアップ支援の職員研修体系、評価制度が連動している。 ・法人の職員研修体系は、職位階層別に、OJT、OFF-JT、SDS(自己啓発支援)の内容を定めている。 ・OJTでは、新任職員(正規職員および嘱託職員も含む)の早期育成を目的とした「クムパートナー制度」を設け、主に新任職員を個別に担当する先輩職員(クムパートナー)を任命し、社会人・職業人としての職員育成を図っている。また、OFF-JTについては、法人研修(常勤職員対象の階層別研修、実践発表、嘱託職員対象の研修など)、拠点ごとに行うキャリアアップ啓発研修(種別研修、課題別研修)、事業所内研修を位置づけて、そのほか外部の研修機関による研修にも必要に応じて参加させるようにしている。なお、今年度については、コロナ禍のために外部の研修機関による研修の開催は中止が多い状況である。 ・事業所内研修として、正規職員・嘱託職員の全員を対象に「児童発達支援ガイドライン」を活用した子どもの人権、発達支援、保育指針研修などの毎月の研修を計画している。その参加者には残業手当を支給し、研修参加を促進している。 	

【19】Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	b
	b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 59.5% b) 26.2% c) 11.9% 無回答) 2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、クムパートナー制度によってOJTを組織的・計画的に実施している。この取り組みは、クムパートナーが新任職員に対して社会人および職業人としての指導や相談対応を日常的に行うもので、具体的には「OJTチェックシート」を用いて四半期ごとに業務の習得度を確認するとともに、指導を受けている職員が2週間ごとに「研修ノート」に業務に関する所感を書き、クムパートナーがそれに対するアドバイスコメントを記入し指導することがルールとなっている。なお、この制度では、指導にあたるクムパートナー自身の成長(キャリアアップ)も導入目的の一つに位置づけている。 ・法人全体と拠点ごとを実施する研修のうち、階層別研修、種別研修・専門研修については年間研修計画を策定している。対象者が特定されているので、当事業所では対象となる職員を参加させている。研修受講後は、参加した職員から感想の提出を受けている。なお、職員は個別に「研修受講記録」を所持している。 ・職員に対して業務に必要な資格の取得を奨励し、受験費用や資格更新費用などの助成を行っている。 ・外部研修に関する情報は法人内で共有され、職員に対しては情報共有グループウェア「WaWaOffice」を活用して周知している。自己研鑽への参加に対しても、職員が有給休暇を取りやすいように配慮している。 ・当事業所内では研修計画を作成し、参加の機会をつくるように取り組んでいるが、現在はコロナ禍のため、ウェブ(Web)を活用した参加を促している。参加リストを作成して参加状況を把握し、参加できない職員には参加について声かけをしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、嘱託職員は研修を受講できる機会が限られていることが課題としてあげられている。 ・「職員一人ひとり」、すなわち現場を担当する全職員を対象とした教育・研修の機会のあり方について検討を重ね、職員の質の向上に取り組むことを期待する。 	

Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

【20】Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・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。	a
	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) 69.0% b) 19.0% c) 4.8% 無回答) 7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生の受け入れは積極的に行う方針である。福祉人材の育成は社会的な責務であるとして位置づけ、取り組んでいる。実習生は、主に保育の養成学校からであるが、社会福祉士の養成を行う教育機関からの実習生も受け入れている。 ・事業所として「実習生受け入れマニュアル」を整備し、実習受け入れ担当の職員を決めて対応している。また、各大学や養成学校との実習のすり合わせ時には「実習プログラミングシート」を活用し、実習内容や指導方法・指導上の留意点などについて話し合い、実習巡回時には実習の進捗状況に合わせて学校側との協議の場を設けている。 	

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

【21】Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	b
	b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 71.4% b) 21.4% c) 4.8% 無回答) 2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページおよびSNS(Instagram)を開設し、いずれも法人(メディア委員会が担当)が管理している。ホームページには、法人概要、事業案内、情報公開(財務情報、第三者評価の受審結果、事業計画・事業報告など)、採用情報、また児童発達支援ガイドラインに基づく事業所自己評価および保護者等からの事業所評価の集計結果などを公表・掲載している。そのなかで、各事業所が日常的な様子を発信している「ブログ」については、法人として特に積極的に情報を更新する方針を打ち出している。そのため、当事業所では、その方針に則って活動内容、利用者の様子などの内容について、週1回の更新を目標に取り組んでいる。 ・法人の広報誌(クムレだより「ふれあい」)が年3~4回発行(約1,000部)発行されている。利用者、後援会の会員などに配布している。 ・2020(令和2)年度から、年度ごとに「クムレレポート」を発行して関係機関や利用者家族に配布している。クムレレポートには、前年度事業報告、決算、職員の状況(年齢、男女比、採用者数、離職者数、労働時間など)、新年度事業計画などを明示し、さらに2つの拠点での地域共生に関する取り組みを特に重点的に掲載している。記事の掲載にあたっては、写真、数値、イラスト等多用し、読みやすく、情報が伝わりやすいように工夫に努めている。 ・倉敷拠点の「栗の家通信」を毎月発行し、地域に配布している。 ・なお、苦情・相談の受付・解決体制やそれらの内容に関する情報公開の進め方などについては、法人の「リスクマネジメント委員会」で実施方法やその内容について検討中である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、ホームページ、SNS、複数の広報誌によって、法人の基本理念はもとより、日常的な活動内容、第三者評価の受審結果、財務諸表などを積極的に公表し、事業運営の透明性の確保に努めている。 ・現在、苦情対応等についての公開の実施方法や内容について検討中であり、今後の具体的な取り組みを期待する。 	

【22】Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。		評価
判断基準	a) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
	b) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われているが、十分ではない。	
	c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)81.0% b)11.9% c)4.8% 無回答)2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として経理規程および同規程細則を定め、予算、金銭の出納、物品購入や設備工事の契約額に応じた決裁区分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。当事業所では、経理に関する実務はほとんどないが、規程類は事務所内にファイルで保管し、必要があれば閲覧できるようにしている。 ・今年度、法人では新たに副理事長をリーダーとする「総務ICT会議」を設置し、内部監査を実施する体制を整備している。 ・さらに、今年度は法人には新たに「ガバナンス改革プロジェクトチーム」も設置され、プロジェクトメンバーが公認会計士の指導を受け、財務諸表の見方などの学習を実施するなど、より適切な事業運営に向けた取り組みの強化に努めている。 ・なお、この項目については、主として法人全体の取り組みに対して評価を行った。 	

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

【23】Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	b
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)88.1% b)4.8% c)2.4% 無回答)4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域とのかかわりについては、法人の基本理念に掲げるとともに、中期経営計画において「地域共生社会」づくりを重点方針として位置づけている。また、当事業所のある倉敷地域(拠点)の地域交流拠点である「ひろば栗の家(くりのおうち)」の諸活動を通じて、地域との取り組みの方向性などについて明示している。 ・当事業所では、稲刈り、正月のお飾りづくり、どんど焼きなどについて、子どもたちが地区の住民から直接教養を受けて取り組んだり、七五三の祝いを地域の神社の神主に依頼して取り仕切ってもらうなど、地域の伝統行事への参加に、地域住民と交流しながら取り組んできている。 ・居住地域の社会資源の活用についても、支援を行っている。そのなかで、スイミング教室に通いたい順番が待てない等の理由で利用が難しかった子どもに対して、スイミング教室のコーチが当事業所に来所し、子どもとのかかわり方を学び、その結果、利用が実現した例がある。そのことから発展し、スイミング教室内に発達障害児のクラスも生まれている。 ・買い物、公園、歯科医院など、普段の生活に必要な場所であるのに、騒音が苦手であったり、待つことが苦手な子どもで利用が難しい場合がある。そのなかでも利用しやすい場所について、保護者の協力を得て、当事業所として1冊にまとめて紹介している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域共生を法人の理念に掲げ、さまざまな地域とのかかわりの機会を設けているが、子ども自身が障害のない子どもと交流を持つ機会は少ない。隣接する企業内保育所との行事やホール活動などを行ってきたが、現在はコロナ禍により、その取り組みも縮小している。 ・市の方針として、児童発達支援センターと幼稚園・保育所との並行通園が認められないなかで、同年齢の障害のない子どもたちとの交流には、事業所として意識的に取り組む必要がある。さらなる取り組みを期待する。 	

【24】Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		評価
判断基準	a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	a
	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) 78.6% b) 14.3% c) 2.4% 無回答) 4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、地域共生社会づくりの一環として位置づけて、各事業所の取り組みや季節イベントなどのボランティアを常時募集し(ホームページに募集案内を掲載)、ボランティア活動者には「くもれいきいきポイント」を付与し、1年間で貯まったポイント数に応じて法人内の事業所の製品と交換する取り組みを行っている。 ・当事業所では、ボランティア受け入れについての基本指針、当日までの準備、実施後の感想などの一連の流れが決められ、文書化されている。当事業所の子どもたちを理解してもらうために、事前の見学や研修なども実施している。なお、ボランティア登録やボランティア保険などの手続きは、法人で取りまとめて行っている。 ・ボランティア希望者でも、なかには具体的に何を行いたいのか明確でない場合もあるため、事前の話し合いを行い、ボランティア希望者の特技や関心などを確認し、活動とのマッチングを行うようにしている。散歩、遊び、環境整備などのボランティア活動を行ってもらっている。 ・在園児や卒園児の保護者、きょうだい、高校生・大学生、地域住民など、ボランティア活動には幅広く地域の人々が参加している。コロナ禍で、社会福祉の実習ができなかったため、ボランティアとして参加しているケースもある。近隣大学のゼミの活動への協力も行っている。 ・ペアレントトレーニングを受けた保護者が、ピアサポーターとして講座の支援を手伝ったり、発達相談後のフォローの遊びの場で在園児や卒園児の保護者が先輩保護者であるボランティアとして活躍している。 	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

【25】Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		評価
判断基準	a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	a
	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) 78.6% b) 14.3% c) 2.4% 無回答) 4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の関係機関・団体の連絡先などはリスト化し、ファイリングされている。利用児の居住地は2つの市にまたがっているが、それぞれの市のホームページには障害児支援の関係機関一覧の掲載があり、活用している。 ・児童発達支援センター連絡会、自立支援協議会の相談支援部会(2カ月ごと)と保育所等訪問部会(2カ月ごと)、要保護児童対策協議会、日中一時支援協議会、県知的障害児部会などの連絡会に参加し、情報交換を行っている。 ・児童発達支援センター連絡会では、児童発達支援センターの利用を必要とする埋もれているケースの発掘をどう行うか、アウトリーチの機能をどうするかなどについて検討している。また、卒園後の切れ目のない支援としての場づくりを、関係機関の協力を得ながら行っている。 	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

【26】Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。	a
	b) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)76.2% b)16.7% c)2.4% 無回答)4.8%であった。</p> <p>■ 取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では「中期経営計画2025」の重点方針の一つに「地域を支え、成長する法人づくり」を掲げ、そのなかで「公益的な取組み・防災対応の推進」を位置づけている。また、今年度は「地域を巻き込んだ公益的な取組みの推進」を取り上げ、そのことを踏まえて、倉敷拠点および水島拠点でそれぞれ独自の取組みを進めている。 ・当事業所のある倉敷拠点では、法人の「中期経営計画2025」で「拠点コンセプト」を「居心地のいい地域(人と人をつなげていく・地域づくり)」と定め、その地域拠点(基地)として「ひろば栗の家(くりのおうち)」「上東商店」「山手やさい食堂」「おうちだ」(2022年4月開所予定の多機能型重度グループホーム)の4カ所を設けて、地域住民とともに、地域の福祉ニーズや生活課題を把握しながら、地域の状況に応じた活動を進めている。 ・拠点では、障害種別・年齢などの制度にとらわれず、7地域の「小地域ケア会議」に参加しているが、当事業所ではそのうちの2地域の会議に参加し、地域の課題を住民とともに考えている。 ・当事業所も参加し、地域住民、地元の大学や社会福祉協議会と協働し、地区住民の暮らしについてフィールドワークを行い、地域の課題について調査している。 	

【27】Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。		評価
判断基準	a) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	a
	b) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	c) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)81.0% b)11.9% c)2.4% 無回答)4.8%であった。</p> <p>■ 取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不登校、ひきこもり、災害、子どもの貧困、移動手段など、地域のさまざまな集まりのなかで地域の福祉ニーズを捉え、4つの地域拠点で公益的な活動を行っている。「ひろば栗の家(くりのおうち)」ではカフェスペースや多目的スペースなどを利用したオレンジカフェ(認知症カフェ)、編み物教室、フラワーアレンジメントなどを、また「上東商店」では不登校児の居場所、町内会の話し合いなどを、さらに「山手やさい食堂」では子ども食堂などにそれぞれ取り組んでいる。なお、2022年4月開所予定の多機能型重度グループホーム「おうちだ」においては「地域交流スペースで誰もが集える居場所づくりをめざす」を掲げることとしている。 ・当事業所の専門性を発揮した地域の活動としては、乳幼児健診後のフォローアップ教室や遊びの場の運営などがある。 ・当事業所は、地区の一次避難所であり、毛布や食料など地区住民の備蓄の保管場所となっている。しかし、当地区には浸水被害が起こることがわかり、今後の適切な避難場所の確保については町内会に参加し、一緒に検討を行っている。 ・なお、この項目については、主として法人全体の取組みに対して評価を行った。 	

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-1 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

【28】Ⅲ-1-1-1-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解を持つための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。	b
	b) 利用者を尊重した福祉サービスについての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)92.9% b)2.4% c)0.0% 無回答)4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では理念研修を職員の入社時に実施して「ともに育ち ともに生きる」「自立・尊厳・ハビリテーション」を伝え、毎年4月には「子どもの人権、支援者の倫理」の研修を非常勤職員も含めた全職員対象に実施し、利用者尊重の姿勢を保つための取り組みが行われている。また、事業所や法人内研修の際には、職員の行動指針である「10の心得」を唱和している。全職員対象の研修についても、非常勤職員の参加も促進するために、研修参加時間についての時間外手当の支給等の手だても取られている。 ・法人の人権委員会では、毎年目標を設定し、取り組み状況について報告を行っている。 ・「児童発達支援ガイドライン」を用いて、全職員対象の「子どもの権利」「虐待対応」「子どもの理解と対応」についての研修を実施している。 ・法人の理念や児童発達支援ガイドラインに基づいて、事業所の業務指針を作成している。 ・上記の利用者尊重の取り組みが、日々の支援に反映されているか、非常勤職員も参加する毎月の「クラス会議」で振り返りの時間を設けている。クラス会議では、子ども一人ひとりの支援の状況や職員の子どものかかわり方の振り返りを主に行う。なお、職員は事前にその議題について各自で記入した用紙をクラスリーダーに提出し、クラスリーダーがそれらの内容を取りまとめた上でクラス会議を実施している。具体的な支援を通して、利用者を尊重した支援のあり方を考える場として「クラス会議」を位置づけている。 ・クムパートナーによるOJTでも、職員が自らの支援について振り返る機会がある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者を尊重した支援について共通の理解を持つための取り組みは行われている。 ・しかし、利用者調査の結果からは、職員の挨拶、遊びへの誘いかけなど、利用者を尊重した支援について疑問を感じる旨の意見もある。徹底を期するための取り組みをさらに期待する。 	

【29】Ⅲ-1-1-1-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		評価
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
	b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。	
	c) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)78.8% b)11.9% c)0.0% 無回答)9.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護に関しては、法人で個人情報保護規程を定め、法人ホームページ、当事業所の重要事項説明書や入園のしおりで説明している。保護者との情報共有のためのインターネットアプリケーションを導入したため、写真や動画の情報保護についても徹底を期している。 ・業務指針に、個人の尊厳を守るプライバシー保護についてその姿勢や責務を記載しているが、職務遂行要領書には、排泄、着替え、送迎時の保護者とのやりとりなど支援手順の記載はあるが、留意事項がない。 ・トイレは、廊下から見えない場所にあり、各個室には扉がある。寝たきりの子どもの場合はマットを使用し、扉を閉めている。着替え時には衝立を用意する。子ども同士でも「恥ずかしい」などの意見があった場合には、トイレで着替えるようにするなど個別に配慮している。 ・保護者と面会しての相談には、外部から遮断された相談室を使用し、プライバシー保護に配慮している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者調査の関連項目の回答は概ね肯定的であるが、送迎時の保護者とのやりとりについて、プライバシーへの配慮に関する指摘があった。日常業務の各場面について、改めてプライバシー保護や権利擁護の視点から振り返り、さらなる取り組みを検討するよう期待する。 ・特別支援の部屋にも利用者の個別ファイルが置かれているが、棚で管理され、外部から見える状態にある。メモ書きされた利用者情報を伝達する用紙なども不用意に机の上に置いたりしがちである。利用者のプライバシー保護のため、細部にまで配慮するよう期待する。 	

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。

【30】Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		評価
判断基準	a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	a
	b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)7.1% c)2.4% 無回答)4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人ホームページ、広報誌、クムレレポート、事業所独自のリーフレットなどで、当事業所についての情報を発信している。市のホームページの「児童発達支援センター一覧」でも情報提供している。倉敷市総合療育相談センター「ゆめばる」、子育て支援センター、児童相談所保健所、病院等に当事業所のリーフレットを配布し、利用希望者が手に取れるようにしている。 ・ホームページやリーフレットには、当事業所での活動の様子や施設設備の状況、利用開始までの流れなどが掲載されている。それらの内容が、写真やイラスト入りで、わかりやすく伝えられている。 ・見学には、利用者の状況に応じて個別に対応している。複数回の見学や体験利用の希望にも応じている。見学時は、児童発達支援管理責任者(児発管)が支援内容や職員配置等を説明し、保護者からの疑問などにも丁寧に答えられるように時間を取っている。コロナ禍の感染防止対策のために活動場所を見学することが難しい場合には、活動の様子や施設設備についての写真や動画を使った説明もしている。 ・リーフレットやパンフレットの内容は、毎年見直しを行っている。今年度は、当事業所の利用が難しい場合でも、それ以外に利用できるサービスなどがわかりやすいように、同敷地内の保育所などが行う訪問支援事業、タイムケアサービス、どんぐりひろば(遊びや相談)などのサービス内容についてパンフレットで紹介できるよう見直している。 ・当事業所では、さまざまなツール、場面を活用し、利用希望者に情報が届けられるように取り組んでいる。 	

【31】Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等にわかりやすく説明している。		評価
判断基準	a) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るに当たり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	a
	b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るに当たり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るに当たり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)7.1% c)0.0% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・例年3月に「入園説明会」を実施し、重要事項の説明と契約を行う。継続児についても「進級説明会」を実施し、年度ごとに契約を交わしている。「入園のしおり」のほか、重要事項についての説明をわかりやすく視覚化したパワーポイントを使用して保護者等に説明している。全体を対象とした説明会だけでは難しい保護者の場合には、個別に時間をとって説明している。障害があったり、外国籍の保護者で日本語による説明の理解が難しい場合もある。そのような場合には、英語が得意な職員が対応したり、契約書などの資料に振り仮名をつけるなど、利用開始にあたって必要な情報が正確に伝わるよう工夫している。 ・利用料や持ち物などについての詳細な情報を伝える必要がある場合には、別紙にして繰り返し見返すことができるように、資料を作成してそれを配布するようにしている。 ・保護者の意向や子どもの様子については、見学時、体験利用時、入園説明会などの機会に確認し、その内容は「入園申込書」に記載してもらい、職員の側も把握した情報をインタビューシートに記録している。 	

【32】Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当たり、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		評価
判断基準	<p>a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等に当たり福祉サービスの継続性に配慮している。</p> <p>b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等に当たり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等に当たり福祉サービスの継続性に配慮していない。</p>	a
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)83.3% b)4.8% c)2.4% 無回答)9.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・就学については、年中児のときから懇談会の機会を持ち、保護者として就学後の生活をどのように考えているか、その意向の確認を行うとともに、相談に応じ、学校見学などについての情報提供を行っている。また、保育所、幼稚園などへの就園については、個別面談等で意向の確認や相談を行っている。 ・年2回、卒園児の保護者との交流会を開催し、就学についてのさまざまな疑問に対して、先輩保護者から情報提供してもらったり、意見を聞いたりして、就学する子どもを持つ保護者の不安の解消に役立つようにしている。また、卒園して使わなくなった体操服の提供など、当事業所の利用を通じた縦のつながりが生まれる場ともなっている。 ・関係機関も参加する個別支援会議で、就学・就園に向けたさまざまな状況などの共有や支援の方向性の確認などを行っている。移行先からの来園を受け入れ、また移行先への訪問を行うなどして、実際の状況について確認している。改めて引き継ぎ文書も送付する。さらに、移行後の訪問も実施している。 ・移行や引き継ぎについては「職務遂行要領書」によってその手順を明確にしている。 ・移行後の相談については、当事業所に受付窓口と担当者を設置し、保護者に伝えている。また「卒園児の会」や「きょうだい児の会」、放課後等デイサービスや保育所などの訪問支援事業、日中一時支援事業などの社会資源について文書を渡し、紹介している。 ・「卒園児の会」の実施については、現在はコロナ禍の感染対策として、参加は5組程度に抑えているが、子どもと保護者からの継続的な相談に応じるとともに、保護者同士の交流や支え合いの場になっている。また、オンラインで「おやじの会」を実施し、将来の生活のイメージづくりの取り組みとして、成人期の障害福祉サービス利用者や職員との交流会を行った。 	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

【33】Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	b
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)66.7% b)21.4% c)2.4% 無回答)9.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年1回「児童発達支援センターガイドライン」に基づく利用者評価、事業所評価を実施している。また、行事後には、保護者対象のアンケート調査を実施している。アンケート調査の保護者からの意見については、管理者が分析して改善案を作成し、職員会議で意見を集約した上で、改善策の修正後に公表している。保護者からの疑問などに対しては、現状の事業所の取り組み内容について理解を得られるよう詳しく説明し、改善点については具体的な対応策を掲載している。 ・個別支援計画の作成時やモニタリング時の個別面談、家庭訪問などで、利用者への支援や事業所に対する意見・要望などを確認している。保護者役員会には管理者や児童発達支援管理責任者(児発管)も参加して保護者からの意見を聞き、協議を行っている。 ・保護者アンケート調査や面談の結果では、昨年度には実施できなかった12月の参観日についての要望が多かったため、従来の開催時よりも実施期間を延長し、1回あたりの参加人数を減らして、感染防止対策を行いながら今年度は実施することにした。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所に対する利用者満足度を把握し、それをサービスの改善につなげていくくみはある。 ・しかし、今回の職員自己評価では、他の項目よりも低い回答結果であった。その要因を分析し、改善に取り組むことを期待する。 	

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

【34】Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		評価
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	C
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 78.6% b) 14.3% c) 2.4% 無回答) 4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情の受付については、受付担当者、責任者、行政等の相談窓口、第三者委員について「重要事項説明書」で説明し、第三者委員の連絡先を明示したポスターを玄関に掲示している。第三者委員については地域の関係者にも依頼しているので、来園して苦情の内容を確認してもらうこともある。利用者調査の関連項目では、他の項目より肯定率が低い。「苦情解決のしくみは知っているが、活用は難しい」という意見があった。 ・事業所の玄関に「意見箱」を設置している。積極的な意見収集が必要な場合は、意見箱を玄関の外の門扉に設置するようにしている。ただし、意見箱が利用されることは少ない。 ・受け付けた苦情には「苦情解決マニュアル」に沿って対応する。受付記録、結果報告書を作成し、保管する。職員ミーティングで周知し、法人本部にも報告している。また、次月に発行する「園だより」に受け付けた苦情の内容とその改善策を掲載し、保護者全体に周知するようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受け付けた苦情の記録はあるものの、職員の異動などで改善策が引き継がれず、その結果、前年と同じ苦情が寄せられるなどしている。現状では、苦情の記録をサービスの質の向上に生かす取り組みが不十分な状況である。経年で記録を分析するなど、サービスの質の向上のためのさらなる取り組みを期待する。 ・また、苦情解決の公表は保護者向けにとどまっている。社会福祉法人には、事業運営の透明性の高さが求められ、その一環として「苦情の公表」が義務づけられている。法人の方針として、事業報告書、広報誌等への苦情解決結果の公表について検討することを期待する。 ・本評価細目では、苦情解決状況の公表を行っていない場合は「c」と評価するとしている。 	

【35】Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		評価
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。	a
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 78.6% b) 14.3% c) 2.4% 無回答) 4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入園時には、相談や意見を述べることができる窓口は重要事項説明書に掲載し、説明している。 ・連絡帳、電話、コミュニケーションノート、ケアコラボ(インターネット情報共有システム)、送迎時の保護者との会話などを通じて、相談・意見を受けられるようにしている。ケアコラボの導入によって、相談・意見を受けるためのツールが広がった。会話、書面、電子媒体と、それぞれのなかから保護者が使いやすいツールを選んで相談することができるようにしている。 ・面談による相談に対応する際には、外部から遮断された相談室を利用している。 ・隣接しているカフェ「栗のおうち」では、作業療法士、言語聴覚士等の専門職による相談会「この日いるので、おしゃべりしましょう」を月1回設定し、専門職への相談の機会を充実させている。各回5～6名ほどが集まり、1時間程度にわたって子どもの発達面などについての相談の場となっている。 	

【36】Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。		評価
判断基準	a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	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)88.1% b)4.8% c)2.4% 無回答)4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連絡帳、ケアコラボ、送迎時のやりとり、個別面談など、さまざまな場面で相談に応じ、意見・要望等を受け付けられるように心がけている。そのためにも、保護者から気軽に声をかけてもらえる雰囲気づくりに努めている。 ・相談を受けた際には上位者に相談し、内容を検討して保護者に伝えている。相談受付の記録を行う。相談の内容や対応は必要に応じて職員ミーティングで報告し共有している。また保護者に対しては園だよりで伝えている。対応についてのマニュアルは、毎年1～2月にリーダー層で見直している。 ・事業所内の職員研修では人権やアンガーマネジメントの研修を実施している。今年度はさらに「苦情・要望について」「保護者の気持ちを知ろう」という研修を計画し、相談や意見を適切に受け止められるよう職員育成にも取り組んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者調査の関連項目は他の項目に比べて低調で「不満・要望を受けた際の職員の姿勢・態度」「職員間における対応の共有」などについて指摘がある。 ・当事業所では、相談を受けるしきみを整えるだけでなく、職員育成の取り組みも行っているが、現状ではその取り組みが結果に現われているとは言えない。個々の職員が適切に対応できる力量を高めていけるように、さらなる取り組みを期待する。 	

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

【37】Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。		評価
判断基準	a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	a
	b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	
	c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)90.5% b)4.8% c)2.4% 無回答)2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人内には横断的な組織として「リスクマネジメント委員会」があり、この委員会では拠点別に責任者を置いて、リスクマネジメントの実施体制を整備している。 ・「緊急時対応マニュアル」「事故報告手順」「所在不明対応マニュアル」などが整備され、事故等の発生から対応、報告、改善までの流れがわかるようになっている。 ・なお「気づき」「ヒヤリハット」「事故」については、それぞれの段階を明確にしている。ヒヤリハットに至る前段階で、職員が危険に気づくことができるように「気づき月間」を設け、それぞれに記載用紙を数枚ずつ配布し、報告を行うようにしている。ヒヤリハットは拠点会議に報告している。その主たる要因をグラフ化して分析を見える化し、職員に周知している。また、リスクマネジメント委員会に報告して、法人ホームページで公表している。 ・事故、けが、ヒヤリハットがあった場合に職員は対応にあたり、クラス担任と児童発達支援管理責任者(児発管)が要因分析と再発防止策を検討し、朝夕の職員ミーティングで共有している。 ・また、警察の協力も得て、不審者対応や交通安全研修を実施している。プールが始まる前は、KYT研修(危険予知訓練)を実施し、写真を使いながらどのような危険が起こり得て、どう対応すればよいのかを想定し、事故が起こらないように備えている。 ・安全点検表のチェックにより、当事業所の設備環境面の安全を確認している。 ・各クラスの部屋には救急箱があり、擦り傷などはクラス担任が対応しているが、判断に迷うような体調の変化、けがなどについては看護師に相談し、対応している。 ・なお、当事業所の園庭は建物の裏側にあり、職員が目にも触れる場所にはない。また、フェンスの外側にはすぐ水堀がめぐっていて、危険である。日頃から見慣れた風景で、それが当たり前のように感じている場所についても危険の可能性を見直し、対策を講ずることを期待する。 	

【38】Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	a
	b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	
	c) 感染症の予防策が講じられていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)88.1% b)4.8% c)2.4% 無回答)4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は感染症対策の事業継続計画(BCP)を作成し、責任と役割を明確にした管理体制を整えている。 ・法人の「看護師会」「感染症対策委員会」で感染症対応マニュアルの整備を進め、そのマニュアルを各職員に配布するとともに、勉強会を実施している。 ・職員、園児ともに、毎日の健康チェック、消毒、換気などが行われ、感染症予防対策がされている。 ・「入園のしおり」には、予防接種のスケジュールや感染症の登園基準を掲載し、保護者の理解・協力が得られるように依頼している。また、「園だより」や看護師による「健康だより」によって、新型コロナウイルスだけでなく、インフルエンザウイルス、ノロウイルスなどの感染症についての注意喚起や予防対策等を伝えている。 ・なお、マスクや消毒が難しい園児もいるため、感染症に対する不安は、保護者によりさまざまである。保護者と十分な意見交換を行い、安全・安心な支援が行われるように、さらなる取り組みを期待する。 	

【39】Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		評価
判断基準	a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
	b) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)88.1% b)7.1% c)2.4% 無回答)2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の事業継続計画(BCP)をもとに倉敷拠点の6事業所で協働してBCPを作成している。また、当事業所の「職務試行要領書」には、地震、火災、台風時の対応について記載している。利用者や職員の安否確認方法が決められていて、ICT化することを検討している。災害マニュアルは、入園説明会などに保護者にも説明している。 ・毎月、避難訓練を実施している。セコムメールによる保護者への連絡対応訓練も実施している。 ・当事業所は地区の一次避難所であり、毛布や食料など地区住民の備蓄の保管場所ともなっている。なお、予定していた町内会の合同災害対応訓練は、コロナ禍のために実施できなかった。周辺地域では浸水被害が起こることがわかり、今後の適切な避難場所を確保する必要がある。そのため、町内会に参加して地区住民と一緒に検討している。 ・子どもたちに非常食に慣れてもらうために、避難訓練時には試食会も実施している。 ・倉敷市と災害時の障害児受け入れシミュレーションを実施し、事業所外の子どもの対応を検討している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非常災害時用の食料や飲料水の備蓄を行っているが、医療的ケア児のためのペースト食やアレルギー食の備蓄は未実施である。 ・また、常時服薬している子どもの薬が保管されていない。子ども一人ひとりの状況により、備えるべきものは異なる。子どもの状況に応じた備蓄の見直しを行うよう期待する。 	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

【40】Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。		評価
判断基準	a) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいた福祉サービスが実施されている。	b
	b) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)78.6% b)9.5% c)4.8% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所でマニュアルとして作成されているものは、感染症マニュアル、緊急対応マニュアル、虐待防止マニュアル、苦情対応などリスクに関するマニュアル、身体拘束ガイドライン、食事・排泄支援マニュアル、送迎マニュアル、個別支援計画作成等の支援に関する職務遂行要領書がある。職務遂行要領書は、職員の入職時に、非常勤職員も含めて全職員を対象に配布している。 ・当法人はOJTを行う「クムパートナー」が全職員それぞれに対して決まっています、標準的な実施方法が実践されているか、個別に確認を行うしくみがある。また、非常勤職員も含めて参加する「クラス会議」で支援の振り返りを行っているが、業務の関係上、全職員が一堂に参加することは難しく、クラスノートの周知事項を記入している。標準的な実施方法で取り組まれているかどうかを意識している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職務遂行要領書は、行われている業務全体を網羅しているが、手順書であり、権利擁護やプライバシーに配慮した支援のための留意点の記載が不足している。 ・当事業所が目指す支援を実現させるための視点から、標準書の内容とその活用方法について検討することを期待する。 	

【41】Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。		評価
判断基準	a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、標準的な実施方法の検証・見直しを行っている。	a
	b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、標準的な実施方法の検証・見直しが十分ではない。	
	c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、標準的な実施方法の定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)76.2% b)9.5% c)4.8% 無回答)9.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各種のマニュアルや職務遂行要領書の見直しは、次年度の事業計画の策定を行う時期に毎年実施している。児童発達支援管理責任者(児発管)とクラスリーダー職が協議しながら見直している。 ・毎年「児童発達支援ガイドライン」に基づいた事業所における自己評価と保護者評価を行っているが、そこで出された意見は、各種のマニュアルや職務遂行要領書の見直しの際に参考にしていく。また、苦情や要望などがあつた場合には、各種のマニュアルを見直し、改善策に基づいて内容の入れ替えを行っている。 ・昨年度には、排泄の支援について職員間の話し合いで問題提起があり、見直しを行ったので、その内容を職務遂行要領書に追加したという取り組み例がある。 	

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

【42】Ⅲ-2-(2)-① アセスメントに基づく個別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)85.7% b)2.4% c)2.4% 無回答)9.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の作成は、児童発達支援管理責任者2名のもとで作成されている。 ・アセスメントシートは、法人内の児童発達関連事業所において発達の視点、権利的視点、生活的視点から検討し、共通の様式への一本化を行った。 ・社会性、理解、記憶、受容コミュニケーション、表出コミュニケーション、遊び、食事、排泄、着脱等の項目があり、チェック方式になっている。職員は新版K式や太田ステージなどの簡易な発達検査を学習し、発達の状況を確認できるようにしている。 ・年2回、作業療法士、言語聴覚士、理学療法士、看護師、社会福祉士の専門職とともに、専門的な見地から意見を出してもらい、総合的なアセスメントを行っている。また、かかりつけの医療機関における心理の発達検査の結果やリハビリテーションのスタッフの意見などを保護者から確認し、それをアセスメントに生かしている。 ・保護者の意向を個別面談で確認し、アセスメントから得られた子どもの状況を共有しながらニーズを整理し、個別支援計画を作成していく。計画の原案は担任が作成し、児童発達支援管理責任者(児発管)や専門職も参加する「クラス会議」で計画を作成し、保護者から同意を得ている。 ・個別支援計画についてはモニタリングを半年ごとに行っているが、モニタリングの際には、支援計画のみでなく、アセスメントの見直しも行っている。 ・当事業所だけではアセスメントや支援を行うことが難しい場合には、子ども相談センター、市の総合療育センター、児童相談所、保健師、病院、相談支援事業所などの関係機関と連携し、情報共有や役割分担を行っている。 	

【43】Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	a
	b) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画に見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)88.1% b)0.0% c)2.4% 無回答)9.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の進捗状況、かわりへの疑問などについては、毎月のクラス会議で非常勤職員も含む職員が共有し、検討している。 ・毎月のクラス会議の確認を踏まえ、半年ごとの保護者面談や関係機関からの情報収集によりモニタリングを行い、計画を見直ししていく。 ・保護者面談については、個別面談月間を設けて、保護者が参加しやすいように日程調整し、保護者自身が子どもの姿をどう見ているか、さらに今後の希望なども含めて丁寧に聞き取るように努めている。 ・クラス会議には専門職も参加し、新たな個別支援計画を作成する。非常勤職員も参加するクラス会議では、クラスの職員全員により情報共有が図られている。 ・子どもや家庭に急な状況の変化があった場合には随時クラス会議を開催し、新たな計画の作成を行っている。 ・個別支援計画の作成やモニタリングの手順は、職務遂行要領書で定めている。 	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

【44】Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	b
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)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)81.0% b)16.7% c)0.0% 無回答)2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの個別の記録はケアコラボに入力している。ケアコラボ導入の際は、各クラスリーダーが記録の書き方について研修を受けた。 ・個別支援計画の取り組み状況や子どもの様子を記録し、進捗状況の確認が容易である。 ・ケアコラボへのログイン(アクセス権限)は正規職員のみで、非常勤職員が情報を確認したい場合は正規職員と一緒にいる。また、クラスノート、朝礼ノートなど、紙面による情報共有も行っている。非常勤職員は主として紙面による情報共有を行うため、個別支援計画も紙面としてファイリングしている。 ・法人の会議録や連絡事項については、情報共有グループウェア「WaWaOffice」で情報共有している。カテゴリーミーティングや委員会などの法人内横断的な会議があり、他事業所の職員とも情報共有の場がある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアコラボは昨年度に導入したばかりでまだ慣れず、十分活用できていない。そのため、紙面での情報共有も並行して行われている。 ・非常勤職員のアクセス権限も含めて、よりよい活用方法について検討を期待する。 	

【45】Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		評価
判断基準	a) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。	b
	b) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)78.6% b)14.3% c)0.0% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・記録の保存、廃棄、開示は、法人の個人情報保護規程により決められ、管理されている。 ・個人記録はデータベースになり、アカウント(アクセス権限)を持つ正規職員のみがログインができるようになっている。個別支援計画のファイル、クラスノート、朝礼ノート、連絡会等の会議録などの紙媒体の記録もあり、それらは職員室で管理されている。 ・個人情報保護規程については、全職員に対して入職時に説明し、職員会議でも確認している。利用者・保護者に対しては、利用契約時に説明を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・作業療法士や言語聴覚士による特別支援の部屋にも利用者の個別ファイルがあるが、棚で管理され、外部からも見えて、持ち出しも可能な状況である。 ・利用者情報が記載されたメモなどの管理状況についても不十分である。個人情報保護の観点から、適切な記録の管理が行われるように、再度の見直しを行うよう期待する。 	

●内容評価項目

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-1 自己決定の尊重

【A1】A-1-1-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a
	b) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 81.0% b) 11.9% c) 2.4% 無回答) 4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の大切にしたい支援観「自立・尊厳・ハビリテーション」に基づき、事業所のありたい姿として「かけがえのないたった一人の子ども、その時期に子どもが経験することをその子どもの興味や強みに焦点を当てながら取り組む」と表明し、当事業所はその方針に則って実践している。 ・事業所のさまざまな活動においては、子どもの意向を尊重し、子どものわかる言葉を使うことや視線の向け方などを重視し、さらに活動の選択肢を用意することによって支援に取り組んでいる。 ・合理的配慮は、どの子どもにも必要であり、個別支援計画に位置づけている。配慮としては、環境整備、かかわり方、道具(ツール)類の工夫、活動におけるルールなどが重要で、それらを具体化し、保護者の同意のもとで実施している。 ・子どもの権利については、常勤職員・嘱託職員をともに対象とする研修の機会があり、そのなかで理解・共有することが可能となっている。 	

A-1-2 権利擁護

【A2】A-1-2-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	C
	b) —	
	c) 利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 76.2% b) 0.0% c) 16.7% 無回答) 7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の業務指針は毎年改定し、職員に配布している。事業所として、業務指針に「子どもの権利擁護」を謳っている。また、虐待防止・身体拘束への対応規定やマニュアルを整備し、全職員対象の研修を通して理解の促進を図っている。 ・今年度の10月から、毎月実施されている「クラス会議」の開催様式を改定し、子どもへの声かけ、対応で「気になったこと」についての枠組みを設定した。会議の前に、クラス職員にそのことを書き込んでもらうようにし、会議で話し合う取り組みを始めている。 ・なお、職員が互いに子どもへの対応について安心して話し合えるようにする取り組みとして、今年度は「1on1」の取り組みを実施している。これは心理的安全性が高い職場づくりを目指すため、日頃の声かけや支援内容について職員が互いに安心して伝え合えるようにする取り組みであり、延いては子どもの権利擁護を尊重する対応の一環として行われるものとなっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、マニュアルの整備、全職員の研修受講、職員の個別支援などの取り組みによって子どもの権利擁護のしくみを整備してきており、その努力は大いに評価できる。 ・しかしながら、子どもに対する支援の実践においては、排泄指導方法の不徹底、遊びへの誘い方の不徹底などについて、職員から疑義が出されている。今後はぜひ権利擁護の視点から改めて子どもに対する支援実践のあり方を検討し、その支援方法の徹底を図ることを期待する。 	

A-2 生活支援

A-2-1 支援の基本

【A3】A-2-1-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	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) 90.5% b) 4.8% c) 2.4% 無回答) 2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの自律・自立のための支援は、個別支援計画のなかに位置づけ、スモールステップで取り組めるようにしている。その取り組みによって子どもができたことについては、確実に、しっかり褒めてあげる対応を職員は徹底するようにしている。 ・子どもによっては、褒める言葉だけではなく、シールをあげるなども、できたことへの「ご褒美」としている。褒められることで子どもは自分が認められたことを実感し、その積み重ねによってこそ、子どもの成長を促せると当事業所は考え、実践している。 ・職員は、子どもの自立生活の支援については「待つ支援」を基本としている。見守りながら、できたら賞賛し、できないところは迅速に支援することを重ねている。 ・保護者に対しても、子どもを褒めることの大事さについて、ペアレントトレーニングなどで伝えている。 	

【A4】A-2-1-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a
	b) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 90.5% b) 4.8% c) 2.4% 無回答) 2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害特性から、子どもとの言語によるコミュニケーションの以前に、表出される非言語コミュニケーションをしっかり受け止めることを職員は実践している。まずは、子どもの表情、態度、仕草、視線、行動などから子どもの気持ちを汲み取ることを意識している。 ・子どもたちは、障害特性から視覚情報を受け止めやすいので、その特性を活かして絵カード、写真、実物などを要求・伝達ツールとすることが効果的なことが多いが、子どもからの表出サインとしては、身体の動き、顔きなどから読み取っている。 ・当事業所には、言語聴覚士（ST）3名が配置され（常勤職員1名、嘱託職員2名）、すべての子どもの個別アセスメントを実施している。言語聴覚士は、特別支援計画に沿って、口腔機能訓練、嚥下指導、発声訓練などを行っている。クラスではこの言語聴覚士と協議して、適切に子どもを理解するための取り組みを行っている。言語聴覚士からの助言を受けて、子どもの発声の可能性がさらに高まりそうな場合には、カード等のツールに頼ることをしばらく待ち、声や発語で意思表示できるようにする取り組みも行っている。 	

【A5】A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a
	b) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 81.0% b) 14.3% c) 2.4% 無回答) 2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活場面における子どもの「非言語的な表出サイン」を読み解くことを丁寧に実践することで、子どもの話したいこと、伝えたい思いを見逃さずに受け止められるようにすることに取り組んでいる。必要に応じて、個別支援の機会をつくって、子どもの意思を受け止めることもある。 ・子どもに対しては、日常的な活動のなかで自ら選択・決定できる機会を多く用意している。当事業所では、そのような対応によって子どもが意思表示できるように取り組んでいる。 ・子どもの意思決定支援では、視覚情報を活かすために、子どもから見えやすいところにカードなどを準備し、気づきやすいように環境設定している。子どもの態度、仕草などの非言語コミュニケーションを受け止めることによって、子どもの気持ちを理解することに努めている。 		

【A6】A-2-(1)-④ 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。	a
	b) 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 76.2% b) 14.3% c) 4.8% 無回答) 4.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年間活動計画の作成にあたっては、児童発達支援ガイドライン、保育所保育指針の5領域(健康、人間関係、環境、言葉、表現)、さらに法人内の保育所が作成した「小ざくら保育の道すじ」を参考にしている。子どもの発達過程について理解した上で、障害特性を踏まえたプログラムが作成できるようにしている。 ・年間を通じた積み重ねの活動、季節や単元にまとめた活動、さらに月間・週間・デイリー計画、地域との交流(農業、畑、世代間の交流など)、花育・アート活動・音楽療育(地域のなかで、地域の人たちが子どもにかかわり、指導してもらいながら、さらに地域全体を育てる活動)、年齢・発達段階に応じた活動を組み立て、実施している。 ・子どもが活動を理解できるように、絵カード・写真・実物を示している。子どもが不参加の意思表示したときには、場面や日時を変えて参加支援を改めて行うようにしている。 ・文化的な生活やレクリエーション等に関する情報は、各市町村・関係機関・地域などからもたらされ、それらについて当事業所ではケアコラボなどで利用者・保護者に周知している。 ・個別支援計画のモニタリングは、毎月の「クラス会議」の場で実施している。クラス会議では、子どもの日中活動や子どもへの支援内容の検討や見直しもを行っている。 	

【A7】A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	b
	b) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)90.5% b)7.1% c)0.0% 無回答)2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員が子どもの障害について理解を深めるための研修は、事業所内研修、法人内専門研修などとして実施している。日常的には、毎月開催しているクラス会議の場で、職員は障害についての理解を深めている。また、障害特性からの子どもの行動や生活状況などについては、クラス会議、職員会議で検討し、共通理解を図れるようにしている。 行動障害(大声を出す、多動、異食など)については、クラス担当だけでなく、専門職や児童発達支援管理責任者(児発管)も交えて見立てを行い、支援方法を検討して、対応についての適切な見直しを図っている。 当事業所のクラス分けは年齢別ではなく、障害特性や発達段階でグルーピングするようにしている。医療的ケア児5名と移動補助具(車椅子、歩行器など)を利用している子どもは全員同じクラスで、看護師3名も医療的ケア児のクラスに配置されている。その他のクラスについても、発達段階と子ども同士の関係性などでクラス分けをしている。そのことによって、当事業所では「発達支援が無理なく実施でき、子どもの発達支援に適ったものとなっている」としている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 当事業所では、数年前までは年齢別にクラス分けを行っていたが、その後、障害特性や発達段階別の尺度を重視するクラス編成を行うように変更した。この変更によって、事業所では「クラス集団としての発達支援について、適切性が増した」と捉えている。しかし、子どもの社会生活上では、原則としては年齢によって就学が決められ、成人することも年齢によるものである。 年齢別によるクラス編成か、発達段階によるクラス編成かは、今後もさらに検証が必要な事項であり、引き続きさまざまな側面からの検討を続けることを期待する。 	

A-2-(2) 日常的な生活支援

【A8】A-2-(2)-① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。	a
	b) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)95.2% b)2.4% c)0.0% 無回答)2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p><食事に関する支援></p> <ul style="list-style-type: none"> 毎月の「給食会議」には、厨房職員のほか、児童発達支援管理責任者(児発管)、担任、言語聴覚士(ST)も参加している。この給食会議で、献立や子どもの嗜好についての検討を行っている。 嗜好については、残食の確認で判断している。子どもに偏食があっても、少しでもおいしく食べられるようにするために、主菜・副菜の組み合わせ等で工夫し、まったく食べられないということをなくすように心がけている。必要に応じて、家庭から食べられるものを持って来てもらい、それをきっかけとして事業所でも食べられるように努めている。 昼食は、教室とは別に「ランチルーム」に各クラスが集って食べることになっている。教室とは別室のため、子どもにとっては食事することが理解しやすくなっている。時には、食事の楽しさを増すために、園庭などに場所を変えて食べる工夫もしている。 月1回は、子どもと一緒に簡単な「おやつづくり」をしている。ジャムを塗る、マヨネーズを絞るなど、ごく簡単な作業のため、子どもたちも負担なく楽しみやすくなっている。 日々の食事は、玄関にあるケースに展示し、子どもの食事への意欲が高まるようにしている。 子どもが入園したときには、初日に面接し、保護者から聞き取りを行っている。入所後、1～3日程度の子どもの観察を実施した上で、食事の嚥下などに関するアセスメントを行い、その上で支援計画を作成している。 アレルギーのある子どもについては、医師からの指示書を提出してもらい、食事計画書を作成する。クラスごとに個別配慮事項が記入された食事ボードを作成し、統一した支援が実施できるようにしている。 <p><排泄に関する支援></p> <ul style="list-style-type: none"> 排泄支援も、基本は発達課題への支援であり、まずは立位でバランスが取れるかどうかの確認から行っている。 排泄支援は、職務遂行要領書(マニュアル・手順書)に沿って実施している。当事業所では、排泄が自立していても、家庭ではおしめ着用となっている子どももいるので、そのような場合には、さらに家族支援として位置づけて実施している場合もある。 	

A-2-(3) 生活環境

【A9】A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。		評価
判断基準	a) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	b
	b) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されているが、十分ではない。	
	c) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 81.0% b) 19.0% c) 0.0% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・室内は、安全に配慮した設えとなるように努めている。そのため、園庭も、ミニ農園、遊具がきちんと整えられている。 ・子どもが安定するための「カムダウンルーム」が用意されている。現在は、その目的のために使用する子どもはいないが、そこを小さく、こもりとした特別なエリアとして楽しんでいる子どももいる。 ・ランチルーム、サーキットのあるホール、スヌーズレンルームなど、機能別に用意された部屋も少なくないため、子どもにとってはわかりやすい生活環境の設えとなっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、園庭のほか近隣農園も含めて「外活動」が豊かに行われているため、子どもが直接「土」に触れる機会も少なくない。一方、保護者からは「動物の糞が砂場や農園にあつた」との苦情が寄せられている。園庭は、困われているとは言え、野犬等が自由に入り込める状況でもある。毎朝、職員が砂場等の確認を行い、清掃も実施しているが、さらなる確実性を期した取り組みが必要である。 ・訪問調査時に、棚の上に置かれた扇風機に「ヒヤリ」とさせられた。クラス内の物の配置については、目線より高い場所に収納する場合には、転落防止のための安全対策などを励行する必要がある。子どもや保護者に不安感を生じさせないための収納の見た目への配慮等についても、さらに工夫が必要であり、検討を期待する。 	

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

【A10】A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	a
	b) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 85.7% b) 7.1% c) 0.0% 無回答) 7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所には、作業療法士(OT)2名、言語聴覚士(ST)3名の専門職員が配属されている。その他に、理学療法士(PT)1名と月2回の契約をしている。 ・作業療法士と言語聴覚士は、子ども全員のアセスメントを実施し、その結果に基づき、特別支援実施計画を作成している。作業療法士のうち1名は、医療的ケア児や車椅子使用の子どものクラスに配属され、主としてグループ支援を実施している。もう1名の作業療法士は、フリーで計画書に沿って、あるいは各クラスからの要請に従って相談・支援を担当している。また、言語聴覚士は、計画書に則って口腔・嚥下・発声・発語等の個別支援を提供している。 ・理学療法士については、子どもたちは入所前から、訪問リハビリテーション等で担当の理学療法士による訓練を受けていることが多い。そのようなこともあるため、当事業所の理学療法士は2つのクラスを担当し、集団支援を実施しながら身体の使い方のセラピーを行っている。 ・当事業所の作業療法士と言語聴覚士は、法人内の他事業所の利用者を対象とする相談・支援も実施している。これは法人としての取り組みであり、法人内のセラピスト連絡会で検討などを行っている。 	

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

【A11】A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a
	b) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の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) 76.2% b) 11.9% c) 4.8% 無回答) 7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日々のバイタルサインや排尿チェックの結果、食事量・水分量を記録し、子どもの健康状態の把握に努めている。また、家庭にも「連絡帳」に食事・排泄・体温等の健康状態を記入してもらっている。 ・子どもの健康維持・増進のため、月1回の体重・身長測定のほか、カウプ指数も記録し、管理している。尿検査も実施している。必要に応じて、クラス担任が看護師に連絡し、健康状態等について相談している。 ・当事業所では、年2回の嘱託医師による健康診断と、年1回の歯科検診を実施している。保護者が個別に看護師との健康相談を希望することもある。 ・保護者全体に向けた取り組みとしては、ワクチンについての連絡などは「園だより」に掲載していたが、今年度は12月号からA4判の「ほげんだより」を配布し、知らせることになった。手洗いのポイント、冬休みの過ごし方などの時宜を得たテーマで、子どもが健康な生活を送れるよう家庭に周知するとともに、家庭に対する注意喚起も行っている。 ・健康管理面の職員研修については、法人として「感染症に関する研修」を全職員対象に実施している。 	

【A12】A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。		評価
判断基準	a) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a
	b) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されているが、十分ではない。	
	c) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 76.2% b) 14.3% c) 0.0% 無回答) 9.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所には看護師3名が配置されている。その全員が、医療的ケア児のいるクラスに配属されている。現在、胃瘻と吸引を必要とする子どもが入所している。 ・医療的ケアの必要な子どもについては、通園前に、医師からの指示書を提出してもらっている。見学時には看護師も同席し、その際にアセスメントを実施して、支援計画を策定していく。 ・服薬支援は、原則として行っていない。現在は1名についてのみ、服薬に対応している。服薬には看護師が対応している。 ・アレルギーのある子どもは、通園前に医師の指示書を提出してもらい、その内容に基づいて管理栄養士、看護師が面談を行い、医師に確認した上で、事業所としてのアレルギー食が開始される。また、難治性癲癇の子どもも利用しているが、医師の指示書に則り、事業所内の対応をフローチャートにして、クラス職員が間違いなく支援できるようにしている。 ・全職員が癲癇発作への対応も慌てずに冷静にできるようになるために、事業所内研修をロールプレイを取り入れて実施している。 	

A-2-(6) 社会参加、学習支援

【A13】A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
	b) 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 76. 2% b) 19. 0% c) 0. 0% 無回答) 4. 8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の周辺は、田や畑が広がる地域である。この立地を生かして、農業活動を実施している。地元の農家との協力のもと、子どもたちは米や野菜などの栽培の仕事や収穫を体験し、学んでいる。また、当事業所では、花育、音楽活動、かきこ、アート活動などについても、外部講師を招いて実施している。 ・子どもの社会参加を安心して進められるようにする取り組みとして「サポートブック」の作成がある。年長クラスになると課外学習も実施するので、それをきっかけとして事業所と保護者でサポートブックを作成している。サポートブックは、緊急連絡先、コミュニケーションの方法、食べてはいけないもの等の利用者本人に必要な支援を記したものであり、それを本人が携帯していることで外出時の困難や緊急事態などに備えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は、子ども自身が自分でできることを増やしていくことを支援の中心に据えているため、社会参加の機会は少ないものと、事業所では考えている。 ・子どもが成長していく道筋をさらに検討し、この年齢の子どもの社会参加のあり方などへの理解を深めていくことを期待する。 	

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

【A14】A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	a
	b) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 76. 2% b) 19. 0% c) 0. 0% 無回答) 4. 8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護者からの希望を把握して「保護者口コミ」のファイルを作成している。そこには障害のある子どもを理解し、受け入れてくれる医院・食堂・理美容店などが紹介されている。保護者同士の口コミ情報であり、それらを参考にすることで、当事業所の利用者・保護者が地域の社会資源とつながるきっかけにもなっている。 ・スイミング教室など、地域内で通うことのできる習いごとを利用したい保護者もいる。当事業所ではそれらの業者などとの連携も始めているので、子どもや保護者が習いごとを体験してみる機会が保証できるように取り組んでいる。 ・地域への移行については、就学する子どものほか、人数は少ないが幼稚園や保育所に移行する子どももいる。年長児の保護者に対しては、卒園児の保護者との合同座談会を実施している。学校公開や園庭開放の実施については事業所から保護者に情報提供を行い、必要に応じて移行予定先まで職員が同行することもある。 ・就学先が決まり次第、支援学校や地域の小学校と連携している。併せて、相談支援専門員、保健師などとの連携も行っている。 ・移行後も園訪問や学校訪問などを行い、新しい環境に早くなじむことができるよう移行先と連携している。 	

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

【A15】A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	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) 81.0% b) 16.7% c) 0.0% 無回答) 2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日々の家族との連携・交流には、連絡帳、ケアコラボ、YouTube等を活用している。ケアコラボは動画も送信できるので、当事業所からのみならず、家庭からも子どもの普段の生活状況が送られてきたりするなど、双方向の活用ができています。 ・当事業所では、年1回、家庭訪問を実施することになっているので、その際に相談を受けたり、意見交換などを行っている。その他にも、懇談会、保護者会などの場を設けて、同様に家族と事業所が意見交換などを実施できる場として活用している。 ・子どもの支援に関して、ペアレントトレーニングを実施している。原則として希望する保護者が参加しているが、参加する保護者にリピーターが多くなってきている。先輩保護者も一緒に参加していることで、その交流のなかでは現役の保護者たちにとっても気づかされるが多々ある様子であり、ペアレントトレーニングを通じた「ピア」による高め合いが実現してきている。 ・家族への支援としては、それら以外にも、月1回のきょうだい児の会「さくらんぼ」や、卒園児の会「ひまわりの会」を開催し、必要に応じて相談・助言も行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の利用者調査では、家族からの声として「職員の挨拶や言葉づかいなどについて不十分である」という意見が寄せられているので、今後の一層の研鑽を期待したい。 	

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援

【A16】A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。		評価
判断基準	a) 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a
	b) 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 92.9% b) 4.8% c) 0.0% 無回答) 2.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの発達検査を複数行い、専門職の検査結果とともに確認して、職員が子どもの発達段階を把握できるようにしている。また、継続的に自閉症スペクトラム症児支援の専門家からの助言も得るようにしている。 ・年間活動計画の作成にあたっては、児童発達支援ガイドライン、保育所保育指針5領域(健康・人間関係・環境・言葉・表現)、さらに法人内の保育所が作成した「小ざくら保育の道すじ」を参考にしている。いわゆる定型発達の順序性を理解した上で、障害特性を踏まえたプログラムを提供することとしている。 ・年間を通じた積み重ね活動、季節や単元にまとめた活動、さらに月間・週間・デイリー計画、地域との交流(農業、畑、世代間交流)、花育・アート活動・音楽療育(地域のなかで子どもにかかわり、指導してもらいながら、地域全体を育てる活動)、さらに年齢・発達段階に応じた活動を組み立て、支援を実施している。 ・子どもが活動について理解できるように、絵カード・写真・実物で示している。子どもが不参加の旨の意思表示を行った場合には、場面や日時を変えてみて、改めて参加支援を行うようにしている。 ・個別支援計画のモニタリングは、毎月の「クラス会議」の場で実施している。クラス会議では、日中活動や支援内容についての検討や見直しなども行っている。 ・移行時には、書面のみならず、実際に移行先に向いて情報共有および連携を図っている。 	