

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
きらり児島

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 ……………	7
Ⅱ. 組織の運営管理 ……………	12
Ⅲ. 適切な福祉サービスの実施 ……………	21
内容評価項目 ……………	31

(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：きらり児島	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：高田 朋	定員（利用人数）： 児童発達支援（10）、放課後等デイサービス（5）
所在地：岡山県倉敷市児島駅前4丁目92番	
電話：086-473-0667	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16年8月1日	
経営法人・設置主体：社会福祉法人 クムレ	
職員数	常勤職員：4名 非常勤職員：2名
専門職員	保育士：2名
施設・設備の概要	居室数：4 療育室、プレイエリア、相談室 設備等： トイレ（和・洋2種・男性）、手洗い場等

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：利用者満足の追求、集う人の幸せの追求、地域社会への貢献、
強くしなやかな組織づくり
- 事業所基本方針：
 - ① 利用児の立場に立ってアセスメントし、支援を実施する
 - ② 福祉に携わる職業人としての人間力を養い、かつ権利擁護が実践できる職員を育成する
 - ③ 常に家族に寄り添いながら家族と関係を築き、家族が持っている力を引き出し、子育てが楽しいと思いながら生活できる力の強化を図る
 - ④ 地域の関係機関と利用児一人ひとりの健やかな育ちのために目的を共有し力を合わせて取り組む
 - ⑤ 職員一人ひとりが得意なことや、やってみたいことを実現できるような、やりがいのある職場にする

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ① 利用児支援
- ② 保護者支援
- ③ 地域支援

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. サービスの質の向上に向けた取り組み、体制が充実している

まず、法人として第三者評価を定期的に受審し、改善に活用している。法人は、全事業所が数年ごとに第三者評価を受審するよう計画し、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、職員や法人関係者を対象とした「報告会」を開催し発表している。また、受審以降の各年度には、事業計画に第三者評価で指摘のあった事項に関する取り組みを明示して、その改善に取り組んでいる。事業計画で明示した取り組みは、拠点会議で進捗を管理しつつ、計画的に取り組むよう努めている。そして単年度だけで取り組むことが難しい課題は、中長期計画に反映させることとしている。

当事業所においては、さらなる充実を期して、事業計画策定および進捗状況の確認に職員が参加するしくみづくりを進めることが期待される。

また、法人は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。そのために法人として「キャリアパス運営指針」で「人材育成の方針」を示している。それによって、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で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を整備している。また、新人教育については新人職員に一对一の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、実施している。また「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、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、心身の健康管理等のテーマで開催）、「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育成を行っている。

今後の課題として、当事業所における職員配置として、保育士以外の専門職の配置やさらに法人が経営する同種の事業と同じ人員数の配置などを希望している。

2. 子どもの権利擁護について、法人としての取り組みに加え事業所独自の取り組みを行い、支援における子どもの権利擁護意識のより一層の浸透を図っている

法人は、理念を「ともに育ち、ともに生きる」とし、この理念を実行するための基本方針の冒頭に利用者を尊重したサービス提供を包含する「利用者満足の追求」を掲げている。職員は、これを実践するための行動指針を示す「ブランドブック」を携行し、会議の際には唱和をして指針の徹底を図っている。また、年度当初には人権研修を実施するとともに、法人の人権倫理委員会が、年2回、実情について確認している。

当事業所の職員もほぼ全員が法人の研修を受講しており、受講できなかった職員には、研修資料によって管理者が個別説明を行い徹底させている。また、管理者は、職員に対して「発達障害を持つ子ども一人ひとりを尊重する意識をもって接して欲しい」と考えており、家族との連絡帳や記録等から事例を抽出し、法人の基本方針に立ち返って仕事に向かうよう話をして、朝礼時には療育上の実践を振り返るなど、意識の浸透を図っている。

さらに、2カ月に1回、担当を職員に振り分けて事業所内での事例を想定して検討する権利侵害防止の内部研修を計画的に実施している。「汚れてしまった洋服の着替えに、事業所が保管しているスペアの洋服のサイズが合わない場合、権利擁護としてはどのように考えるか」などといったごく身近な例えをあげ、実践的な話し合いが持たれている。

また、身体的虐待のサイン、心理的虐待のサイン、性的虐待のサイン、ネグレクトのサインなどの「虐待発見チェックリスト」に加え「支援者の態度に見られるサイン」も具体例をあげ一覧化して使用するなど、さまざまな取り組みによって、職員の権利擁護の理解と意識を浸透させて実践に反映できるよう取り組んでいる。

3. 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

発達支援については、家族からの聞き取りや、職員による本人の行動観察のほか、食事等の日常生活動作、コミュニケーション、活動、個性に関する10カテゴリーの詳細なアセスメント情報についての確認、および「乳幼児発達スケール」や「太田ステージ」を用いて個々の発達評価を行い、複数職員で検討の上、保護者からの要望に基づく発達支援を行っている。

発達支援は、個々の子どもの発達に応じて、個別支援・集団支援を軸に、遊び、運動、学習などの活動が支援計画に沿って行われ、基本的日常生活動作、学習、設定活動、遊びなどが、自立生活支援を目指してプログラムされている。またこれらのプログラムには、法人内のOT、STあるいは子どもが関係している医療機関のOTなどからの助言も取り入れている。

コミュニケーション（意思表示や伝達）支援の面では、個々の発達や特性に応じて、言語に偏らない方法の開拓を意識している。日常的に、各生活場面に応じた挨拶、タッチ、抱きしめなどの身体行為を、状況に応じて多用している。ツールとしては「理解」「表出」のために写真、絵、実物など個々に応じた物を工夫・開発し、スケジュール表なども個別的配慮がされている。子ども同士の支援では、トラブル時には職員が当事者双方を代弁して、意思疎通を補うような支援を行うほか、ソーシャル・スキル・トレーニングやロールプレイなど、実生活でも役立つ手法を意識的に取り入れている。

また、当事業所での発達支援が移行先などに引き継がれるよう、移行時には必ず支援内容を紹介する「状況表」を保護者の希望に応じて提供するなどの取り組みもしている。

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」「気持ちを大切にされたかわり」など発達支援に直接関係する項目で、肯定的な回答が9割台となっている。

4. 「きょうだい児」支援によって保護者の精神的な安定を支え、良好な育ちの環境づくりに寄与している

当事業所では、子どもとその保護者が地域で安心して生活していけるようにするための支援として、転居先で活用し得る福祉資源に関する情報の提供や、小学校等への就学に伴って発達障害を持つ当該児に合った学校生活環境を整えるための支援などを行っている。

加えて、平成29年度には「きょうだい児」支援も始めている。これは、保護者の相談支援の一環として、その「きょうだい児」（小学2～6年生）を受け入れて、子どもと保護者の都合でときどき来所してもらい、当該児の得意なこと（折り紙、利用児が折り紙を折るときの手順書づくり、塗り絵の見本づくり、皿・コップ洗いなど）での手伝いを依頼して、職員は達成感や自己肯定感が持てるように関わるという支援である。当事業所では「子どもボランティア」として位置づけているが、それぞれの「きょうだい児」もまた課題を抱えていることや、必要に応じて当該児の学校とも連絡を取り合って保護者からの相談に乗っており、保護者の安定した子育てを支え、子どもの良好な育ちの環境づくりに寄与する独自の支援としてとらえることができる。

◇改善を求められる点

1. 関係機関との連携をさらに充実させることによって、地域の福祉課題に挑戦することを期待する

法人の第2期中期経営計画では「関係機関との連携」を重要な取り組みの一つとして掲げ、当事業所でも事業方針として「地域の関係機関と、利用児一人ひとりの健やかな育ちのために目的を共有し、力を合わせて取り組む」をあげて、子どもたちが所属する機関への訪問支援、行政が取り組む子ども支援教室への参加、ケース会議への参加などを実践している。しかし、一人ひとりの子どもに対する支援の必要性に応じた資源の明示やリスト化については不十分である。さらに、幼稚園や保育所、あるいは相談支援事業所等との連携をはじめとし、よりよいサービスの提供に向けて、必要な関係機関・団体の機能や連絡方法について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。

地域課題への取り組みとして、行政が主催する1歳6カ月健診、3歳児健診へ参加・協力し、「発達の気になる児」を保健師へ伝える役割を担い、また町内会に加入し清掃活動に参加しており、今後は行事や会議にも参加する計画である。

今後の課題として管理者は、地域の多機関との連携の必要性を認識しており、積極的に取り組む意向を持っている。本地域の特性、地域課題を意識した今後の活動に期待する。

2. 発達障害を持った子どもの地域生活のキーパーソンとして保護者（家族）支援の充実を期待する

当事業所における保護者（家族）支援は、通所時の連絡帳や引き継ぎ、年に数回の定期的な個別懇談や随時の相談などのほかに、「子育て力強化」を目的としたペアレントトレーニングや勉強会も計画的に行われ、さらに就学時や併用園に当事業所の発達支援内容を引き継ぐことによって、地域における子どもの生活の安定につながる支援も行われている。利用者（保護者）調査の結果では「家族に対する精神的なサポート」の面で、肯定的回答が6割台であったことから、事業所が行う「相談」に着目し、改善の提案をしたい。

当事業所における相談の内容は、児童発達支援管理責任者（事業所管理者が兼任）を含めた職員全体で共有し、逐次、通所支援計画への反映や支援の調整を行うなど、発達支援実践面で柔軟に対応しており、前述の調査でも「不満や要望への対応」の肯定的回答は9割に近い。

しかし、相談は、訴えのあった不満や要望を具体的な方法をもって解決するだけでなく、不満や要望（主訴）の背後にある保護者を取り巻く環境や感情を理解することが、一義的には求められる。同時に、主訴の背景をアセスメントすることで、言語化されない保護者が抱えるニーズの把握につながる。相談力の向上によって、相談場面において保護者（相談者）の真のニーズを理解する力をつけ、保護者との一層の信頼関係を構築し、子育て上の悩みなどを引き出し、適切に対応するしくみを構築することが望まれる。

事業所の現況として、手短には、職員が受けた相談内容を共有した後に、児童発達支援管理責任者を含む複数の職員（必要に応じて関係機関）間で内容をアセスメントして、対応を検討することである。また、保護者（家族）支援の充実には、現行アセスメント情報を充実させる必要はある。アセスメント情報の充実は、相談力の不足を補う点でも有効である。取り組みに期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前回（平成25年度）の受審のあと、利用児だけでなく、家族や地域を含めた支援にも力を入れて取り組んできたことから、前回指摘を受けた事項の改善が図れていることが、今回確認できました。

しかし、今回の受審にて、家族が抱えている本当のニーズの把握、心理的なサポートが不足している等、まだまだ課題が多くあることが分かりました。

改善が求められていることについて一つひとつ改善を図り、福祉サービスの質の向上に努めていきたいと思っております。

⑧ 第三者評価結果

別紙（p.7～38）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)83.3% b)16.7% 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 くもれだより」等に掲載するとともに事業所内に掲示している。 ・法人の基本理念「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持たせている。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。また、新採用時研修、及び年度当初の研修時には、理事長から、キャップ以上(管理者クラス)の職員に説明がある。これを受けて、当事業所の管理者は、職員に説明をし、さらに、職員は各種会議の際には基本理念等を唱和している。 ・利用者・保護者への周知は、理念・基本方針・大切にしたい支援の考え方(価値観)を法人として図式化したものを、玄関に掲示している。また、契約時に法人や事業所の方針等を伝えている。 <p>■ 改善提案</p> <p>理念等に関する利用者(家族)への周知については広報誌「ふれあい くもれだより」での、各年度の「法人方針」の表明、および事業所内掲示に留まっている。利用者(家族)へ理念等が十分に伝わるよう分かりやすい周知策について、意図的な取り組みが求められる。さらなる改善を期待する。</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。	a
	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)83.3% b)16.7% c)0%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、倉敷地域および水島地域の各拠点会議で各事業所の管理者に周知して共有を図っている。 ・平成28年度までは各事業所を種別によって三つのグループ(「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年度からは地域包括ケアの取り組みを意識し、全事業所を2つの拠点「倉敷拠点」と「水島拠点」に区分し、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 くもれだより」から)を目指す取り組み、などを踏まえてのことである。 ・当事業所の管理者は、「拠点会議」「拠点サービス調整会議」で情報を得ることができ、また地域の関係機関による会議・事例検討などに参加した際に、当地域の特徴や変化などを把握している。 <p>・なお、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り組みを計画的に進めている。しかし、事業所(現場)としての主体的な取り組みは弱く、主体性と計画性が求められる。また、法人としての取り組み、そして中長期計画や事業展開の際に、福祉政策とその動向や地域のニーズの変化などについての職員への説明、周知について工夫が求められる。</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)83.3% b)16.7% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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「倉敷拠点」における地域交流の拠点「ひろば栗の家(おうち)」の整備による育児や発達の相談事業や親子療育などの実施、「水島拠点」の「ひろばにじいろ」での「育児や発達の相談」など多様な取組を進めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。職員の自己評価では、判断基準では、「a」の回答率は高い。しかし、経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められているに関しては、肯定率はゼロ割であり、周知が十分ではないと判断し評価を「b」とした。 ・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、さらなる取組に期待する。 	

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	a
	b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。	
	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)83.03% b)16.7% 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～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。 ・中長期計画の見直しは、理事長、副理事長、執行役員及びキャリアパスで定めたリーダー層による「経営会議」で点検、見直しをしている。 ・職員への周知は、理事長が参加し、法人の方針などについても説明する「拠点会議」に管理者が参加し、このときに把握した中長期計画を回覧し、職員に周知している。 <p>なお、職員自己評価では、数値目標や具体的な成果の設定において、肯定率は3割程度であり、検討を期待する。</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。	a
	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)66.7% b)16.7% c)0% 無回答)16.7%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、今年度の当事業所事業計画は、発達支援事業グループとして定めた、大切にしたい価値観に基づく重点目標(3本柱)を意識しているが、当事業所は倉敷拠点に所属する事業所の中で、唯一遠方にある。また、当事業所が設置されている地域の特性もあり、事業所方針は独自に定めている。 ・計画化すべき項目は、法人として明示し、利用者支援の視点、働きやすい職場づくり、防災・安全・衛生計画の重点目標、利用者満足 of 取り組み、施設整備計画で構成されている。そして、それぞれに各項目ごとに「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(誰が)」に区分し記載している。さらに「年間研修計画」「行事計画」等を記載している。</p> <p>なお、事業所方針と計画化している内容の関連性がわかりにくいので、検討を期待する。さらに職員調査では、数値目標や具体的な成果などを設定について、3割台の肯定率であり、この点からも検討を期待する。</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。	b
	b) 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。	
	c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)50.0% b)33.3% c)0%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、策定している。前年度の取り組み状況を踏まえ、年度末の職員会議で振り返りの機会をもち、事業計画を管理者が策定している。そして、毎月実施状況を画面化し、グループ・拠点会議で報告している。策定した事業計画は年度当初の職員会議で説明をしている。</p> <p>■ 改善課題 事業計画の実施状況と見直しは、行事や研修などについては検討しているが、事業計画を意識した評価・振り返りにはなっていない。職員自己評価では、「あらかじめ定められた時期、手順に基づく評価」について、肯定率は1割強である。事業計画の策定と実施、評価、見直しについての理解と周知が求められる。</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。	b
	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)0% c)33.3%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「ふれあいくもれだより」の配布を通じて周知している。また、契約時には事業所の年間の予定、行事などを説明している。 ・法人のホームページには、情報公開として、中長期計画、及び各事業所の事業計画が掲載されている。</p> <p>■ 改善課題 利用者に対する事業計画の周知については、法人による広報誌の配布や行事計画等を除き、意識的な取組みは特段には行っていない。仮に、ホームページを活用し周知する際にも、わかりやすさに配慮し、また利用者への直接的な説明などが求められる。利用者に対する事業計画の周知とその理解促進は、サービスの提供に大きく関わることがらであることはもとより、法人や事業所への理解と諸活動への参加を促す観点からも重要である。平成30年度は事業計画の保護者版を作成し保護者に説明・配布を計画している。わかりやすい内容になることを期待する。</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)66.7% b)16.7% c)16.7%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、職員や保護者等を対象とした「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。</p> <p>■ 改善課題 ・職員自己評価では、「福祉サービスの内容について組織的に評価を行う体制整備」、「評価結果の分析・検討する場」について肯定率は3割強である。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。 ・今年度から、厚労省発行の「児童発達支援ガイドライン」の読み込み、研修会を開始している。このガイドラインでも当事業種別についても自己評価の義務化を示している。事業所としての自己評価項目と自己評価および利用者(保護者アンケート)の流れ、その活用が示されている。ガイドラインを活用と、自己評価の体制づくりが求められる。</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。	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)66.7% b)16.7% c)0% 無回答)16.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の計画に基づき第三者評価を受審した事業所では、事業所内で受審結果を共有し、管理者が中心となって改善計画をまとめて「報告会」で発表する。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。また、事業計画で明示した取組みは、拠点会議での進捗管理をしつつ、計画的に取り組むように努めている。そして単年度で取り組む事が難しい課題は、中長期計画に反映させることとしている。 ・前回(平成25年度)の第三者評価受審時の利用者(保護者)アンケートは、結果を分析し改善点を明確にして、保護者に配布している。今回も同様に取り組みを計画している。 <p>■ 改善提案</p> <p>職員自己評価では、評価結果から明確に課題の、改善策や計画策定への職員参画のしくみ、そして「改善への計画的な取組み」については2割を切る肯定率である。会議の開催時は目的を明確にし、職員参画を意識した進行の在り方などについて検討を期待する。</p>	

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-1(1) 管理者の責任が明確にされている。

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)66.7% b)33.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者の役割は法人の定めるキャリアパスのしくみの中で、職員の職務・役割階層ごとに求められる「期待像」に照らした「役割基準」として明示されている。また、各事業所ごとに定めた職務遂行要領書に管理者としての役割も明文化され、緊急時に置ける管理者の役割、責任についても明示されている。 ・管理者は、当事業所の運営責任者として、事業を滞りなく運営するために職員の討議によりまとめること、利用者への適切な支援と共に経営的な視点からも検討すること、そして働きやすい職場づくりを課題としている。そのために、朝礼や各種会議の充実、職員の目標管理においては目標の明確化と達成への支援をすることを意識している。 ・管理者は、今後の課題、実践したいこととして、当事業所が提供している個別療育に関する活動に留まらず、地域に出かけ他機関との協働で、地域に必要な資源の充実・開発に取り組みたいとの意向を示している。 <p>・なお、職員自己評価では、管理者自らの方針と取組の明確化については、肯定率は8割を超える。一方、組織内の広報誌などへの役割の掲載、に関し2割弱の肯定率であり、会議や研修時などにおける役割と責任の表明、および、有事の際の役割と責任の明確化、不在時の権限委任、などに関する肯定率は5割である。さらなる取り組みが求められる。</p>	

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)16.7% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、遵守すべき法令等について、法人内研修や外部研修への参加で理解する機会がある。また、業務に関する福祉法令を書籍や関係通知等で確認し、児童発達支援事業等のガイドラインを参照してより適正な事業運営に努めている。 ・権利擁護に関する研修は、法人主催、および拠点研修として開催され、参加している。また、今後の課題として、当事業所として厚労省発行の「児童発達支援ガイドライン」を活用した取り組みを計画している。 	

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。	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)83.3% b)16.7% c)0%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、毎月のサービスの状況をまとめ、倉敷拠点の事業所管理者が参加する「倉敷拠点会議」に参加して助言を得、また法人の方針や拠点での取組みなどを把握、理解し、本事業所の職員会議や朝礼で報告し、職員の意見を聞く機会をつくっている。また、研修会などで学んだことを報告、共有し本事業所として取り組むべきことや充実させること、そして研修の機会をつくるなどの取組みをしている。 ・法人階層別研修・専門研修・事業所内研修には正規・嘱託職員は参加している。 ・管理者は、直接的な支援にも参加し、子どもたちへの支援、家族支援、そして、子どもたちが利用している保育園や学校訪問、ケア会議への参加など地域との連携も意識し、積極的に取り組んでいる。 <p>なお、職員自己評価では、サービスの向上について職員の意見を反映させる取組みや改善課題の具体的な明示とそれへの取組みに関しては、3割強肯定率であり、改善が求められる。</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。	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)83.3% b)16.7% c)0%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の管理者は月ごとの利用者の動向の把握をし、会議で報告はしているが、人事、労務財務には直接関与はしていない。 ・管理者は、前年度の取組みとして、ワークライフバランスに対する取組みとして、週2回の定時退社、終礼での報告内容を特記事項に絞り終礼記録の簡素化を実施するなどがある。また、会議の簡素化も計画している。 <p>・なお、職員自己評価では、人員配置や働きやすい環境整備などについては、6割強の肯定率であるが、職員と共に検討する体制づくりに関しては3割強の肯定率であり、対策が求められる。</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 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。	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)33.3% b)66.7% c)0%であった。</p> <p>■ 取組み状況</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。各事業所の管理者などが採用に関する取組みに参加することもあり、当事業所の正規職員は、出身大学で事業の説明などを担当したことがある。 ・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。 ・当事業所には、専門職として保育士が配置され、派遣職員として資格はないが介護施設で働いた経験がある職員がいる。リハビリテーション分野と発達心理職の配置はなく、事例検討などの際に、倉敷拠点の他事業所から年数回同席を依頼し、助言を得ている。 <p>■ 改善課題</p> <p>専門職の配置と人員体制は、法人が経営する児童発達支援事業と比較し、専門職の配置は保育士のみであること、また人員も他事業所は7名(基準から2名超過)であるが、当事業所は6名である。職員は、研修に参加しづらいなどの状況があるとしている。職員自己評価では、計画的な人材の確保や育成に関する具体的な計画、効果的な採用活動などに関する取組みは、2割弱の肯定率である。要因分析が求められる。</p>	

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)66.07% b)33.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「期待する職員像」は、ブランドブックに明示している。 ・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くみを連動させ、職員一人ひとりの育成に向けた体制が整備されている。また、新人教育として、新人職員に対する一対一の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。 ・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くみであり、手順も明示されている。階層別研修で自分のキャリアデザインをシートに書きだし、目標管理に反映させている。 ・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。 <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では、人事基準の明確さとその周知に関しては3割強の肯定率、また職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度など評価に関しては、肯定率はゼロ割である。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-(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)83.3% b)16.7% c)0%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。当事業所の管理者は勤務表を組む際に有給休暇の申請簿で各職員の休暇取得状況等を把握し、また、目標管理の面接、あるいは必要に応じて管理者の判断で個別に面談をし職員の状況・問題を把握している。 ・法人としてノー残業デーは3年前から、有給休暇の取得状況の把握は昨年度から取得率の目標を定めて意識的に取り組んでいる。 ・新たに始まった拠点のサービス調整会議は、各事業所の管理者が自職場の職員の状況を情報共有することが役割の一つとなっており、必要があれば問題提起を行い、対応が難しい場合には当事業所の管理者でもある統括の職にある職員が介入して解決を図る。 ・職員の心身の健康の確保の点から、法人として衛生委員会を設置し、「ストレスチェック」表によるチェックを予定している。 <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。一方、職員自己評価では、人材の確保、定着の観点から働きやすい職場づくりを評価したときに不十分さがあり、肯定率は2割を切る。法人の前向きな取組みが効果として定着する事が求められる。</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。	a
	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)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、「期待する職員像」をブランドブックに明示し、また「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「人材育成の方針」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(セルフディベロップメントシステム: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。 ・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。 	

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「人材育成の方針」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。また、発達支援、自立支援、子育て支援の各グループごとに専門性に対応した研修を計画し実施している。 ・法人として「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を、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)、「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(事実上は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。 ・法人による生涯研修課程に加え、(旧)発達支援グループ、拠点、といった重層的な研修の機会を設定し、年間を通じて計画的に実施している。 	

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。	a
	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)83.3% b)16.7% c)0%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。また当事業所では、行政が紹介する研修について、職員に紹介し、必要に応じ勤務として参加している。 ・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。 	

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)0% b)50.0% c)33.3% 無回答)16.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況と改善課題 ・当事業所では、実習生を受け入れるための条件である、社会福祉士の配置がなく、現状では受け入れていない。法人内他事業所は実習生を受け入れており、職員の学びの機会、視野の拡大が得られているという報告がある。当事業所の管理者、職員ともに受け入れる意向があるので、検討を期待する(※今回の第三者評価、ヒアリング調査後に、法人内同種の他事業所が作成している「実習受け入れマニュアル」を参考に「きらり児島版実習受け入れマニュアル」を作成している)。</p>	

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)50.0% b)16.7% c)0% 無回答)33.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・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。また、倉敷拠点として、市民に開かれた活動をしている「ひろば栗の家」では、カフェを運営し、また地域住民対象の赤提灯などを実施、法人・事業所の取り組みを紹介している。 ・法人の広報紙(クムシだより「ふれあい」)は年3~4回発行(約1,000部)発行し、利用者、後援会会員などに配布しているが、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> <p>■ 改善課題 ・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の発信については公開していない。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。 ・当事業所は倉敷拠点に所属しているが、距離的に離れており、たとえば「ひろば栗の家」の活動を紹介しても、身近には感じにくさがある。当事業所の特性に配慮した、情報の公開に期待する。</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。	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)50.0% b)16.7% c)16.7% 無回答)16.7%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。この結果は、経営会議などで共有している。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。 ・職員への周知として、法人の取り組みは「経営会議」における議事録の回覧、「拠点サービス調整会議」でガイダンスの報告などがある。 	

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)50.0% b)33.3% c)0% 無回答)16.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域とのかかわりについては、基本理念と方針、行動指針に明文化されている。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り組む」としている。また、当事業所のある倉敷地域での地域交流拠点「ひろば栗の家」についても活動展開の方向性等について明示し、この活動については当事業所としても保護者に知らせている。 ・当事業所は、同地域内ではあるが1年前に現住所に転居している。地域とのかかわりの重要性を認識し、このときに地域住民を対象に説明会を実施し、また今年度から管理者は、町内会の会員になっている。職員と共に清掃活動に参加、挨拶を忘れないことを確認している。また、子どもたちの活動として近隣の公園を活用している。 ・行政の関係機関から受け取った行事案内などは、掲示をしている。 <p>■ 改善課題</p> <p>当事業所が所在するの地域を意識した活動を開始したところであり、今後は計画的な取組みが求められる。本事業所の地域特性を生かした地域との交流に関し、法人としての方針、そして後押しが必要である。</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)50.0% b)33.3% c)16.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・ボランティア受入れについては、現状(平成29年11月時点)では計画的な取り組みは実施していないが、現在、当事業所を知っている学生がボランティアとして活動を開始している。受入れに際しては、注意事項などを記載したシートを作成し、説明している。</p> <p>■ 改善課題 ・今回の第三者評価ヒアリング後に、法人独自の取り組みとして、倉敷市在住の全世代対象に範囲を拡大した「クムしいいきポイント」の活用を開始し、関係機関へチラシを配布して平成29年12月より開始している。6～8名から希望が寄せられ、ボランティアの得意なことを活かしながら、折り紙の手順書や塗り絵見本の作成、花の手入れなどを行ってもらっている。 ・ボランティアの受入れに関しては、マニュアルは作成していたが内容が具体性に欠けていたため、今回の第三者評価のヒアリング後に「ボランティア受入れマニュアル」の見直し、充実を図った。また、福祉体験としてのボランティアと「クムしいいきポイント」の体験ボランティアとを分けて、受入れマニュアルを作成した。</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)50.0% b)16.7% c)0% 無回答)33.3%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、当事業所でも事業方針として、「地域の関係機関と、利用児ひとり一人の健やかな育ちのために目的を共有し力を合わせて取り組む」を挙げ、子ども達が所属する機関の訪問支援、行政が取り組む子ども支援教室への参加、、ケース会議への参加などを具体的に挙げ、実践している。</p> <p>■ 改善課題 一人ひとりの子どもに対する支援の必要性に応じた資源の明示やリスト化については、職員自己評価では2割を切る。幼稚園や保育所あるいは相談支援事業所等との連携をはじめとし、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仕組みの構築が重要である。さらなる取組みに期待する。</p>	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

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)0% b)50.0% c)33.3% 無回答)16.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・行政が主催する1歳6カ月健診、3歳児健診について参加・協力して「発達の気になる児」を保健師へ伝える役割を担っている。</p> <p>■ 改善課題 ・町内会に参加し、清掃活動に参加している。また、今後は、行事や会議にも参加する計画である。しかし、当事業所主体の活動は実施していない。さらに「ひろば栗のお家」が主催するカフェなども保護者に紹介しているが、遠方でもあり、参加者はない。 ・1日定員10名と小規模事業所であること、開所時間が9時から16時であり、現状では特段の計画、取り組みはない。 ・しかし管理者は、地域の他機関との連携の必要性を認識しており、平成30年度より、児童館での相談業務を実施していくこと、また近隣の児童発達支援事業所と合同で、保護者と関心がある人が参加する座談会が計画されている。</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)33.3% b)16.7% c)16.7% 無回答)33.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況と改善課題 法人としては、中期経営計画に「地域福祉ニーズに対応した開拓的事業へのチャレンジ」を掲げ、ひろば(にじいろ・栗の家)を中心とした事業を課題としている。また、「地域社会における公益的な活動の実施」を掲げ生活困窮者支援に取り組む事や災害福祉の体制・情報ネットワークづくり課題としている。2カ所のひろばの活動は充実をしてきているので、このひろばとの連携のあり方、積極的な活用なども含めて当事業所として活動について、検討が必要である。</p>	

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-1(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

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もつための取組が行われている。	a
	b) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を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」を出入口近くの壁に掲出している。法人は、理念を実行するための基本方針の冒頭に、利用者を尊重したサービス提供を包含する「利用者満足」の追求を掲げている。職員は、これを実践するための行動指針を示す「ブランドブック」を携行し、会議の際には唱和している。管理者は、家族との連絡帳や記録等から事例を抽出し、法人基本方針に立ち返って仕事に向かう職員に話すなど一層の自覚を促している。 ・権利侵害の防止への職員教育として、法人の人権研修を年度当初にはほぼ全職員が受講している。管理者は受講できなかった職員へ研修資料によって個別説明を実施し、徹底させている。また、「発達障害をもつ子どもひとり一人を尊重する意識をもって接して欲しい」と考えており、2カ月に1回の権利擁護の内部研修を計画し、担当を振り分けて事業所内での事例を想定して検討するなどしている。また、朝礼時に療育における実践状況を振り返り、徹底を図っている。法人の人権倫理委員会としても、年2回、各事業所を回って実施状況の確認をするしくみを持っている。 	

Ⅲ-1-1(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)83.3% b)16.7% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療育に関する日常業務手順をまとめている「職務遂行要領書」では排泄、着脱の項目に羞恥心とともにプライバシーへの配慮を留意点として記載している。当事業所は、排泄・更衣時の留意はもとより、子どもが一人になりたいときのエリア、保護者用相談室の設置をしてプライバシーに配慮している。また、管理者は、外部からの遮蔽が必要と考えてカーテンを取り付けている。 ・実践面で、職員による不適切な行動が確認された場合の対応として、現状は、管理者から上長へ報告することになり、職員自身の気づきについては、管理者と職員とで検討し改善につなげることになると述べている。文書による明確な対処法は決まっていない。 <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認識されており、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き実施されることはもとより、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、対応方法等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の作成、整備を進め、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>	

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)83.3% b)16.7% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用希望者が入手できる情報として、当事業所では、法人本部が運営・管理するホームページや広報誌「ふれあいウムレダより」、事業所としてのリーフレットで情報を発信している。 ・法人の理念や基本方針、事業所のサービスを紹介する季刊の広報誌「ふれあいウムレダより」(各1,000部発行)やリーフレット(多色刷り)は、行政窓口や相談支援事業所、病院など利用希望者の目に触れる場所に置いている。事業所のホームページは、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、法人の事業運営姿勢の一端も知ることができる。 ・児童発達支援事業所「きらり」共通のリーフレットがある。リーフレット(多色刷り)は、管理者が、市役所・病院・総合療育センター、相談支援事業所等に配備している。リーフレットは、法人の「きらり」5事業所の総意によるもので、療育内容等保護者に知らせたいこと、知りたいことを多くの写真によって案内している。 ・利用希望者について当事業所では、子ども同伴で保護者に来所してもらい、療育の見学や説明と共に子ども自身の体験も通して、また、他事業所の見学もして決めてもらうよう勤めている。利用希望者への情報提供について当事業所では日本語を母国語としない人や理解に課題がある人への「案内」をつくることにしている。 <p>・なお、放課後等デイサービスを含めて、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(今回の第三者評価の過程で、リーフレットを修正して個人が利用できる「時間」を記載するようにした)。</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)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"> ・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が兼任)が、契約書一式を使ってそれぞれの説明を行うが、特に、保護者が関心を持つサービスについては、利用料や利用上の留意点が具体的に示されている「契約書別紙」を使い、その理解に資するよう疑問点を確認しながら補足説明をし、時に実物を示すなど、十分な理解が得られるように努めている。説明後は、保護者の同意を得、書面で残している。 ・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、その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。今後の取り組みに期待する。(※今回の第三者評価の過程で、問い合わせから同意を得るまで、どのような経緯で保護者が利用を希望し契約し利用開始に至ったか、あるいは利用を断ったか等を記録できるよう記入する枠を設けた。また、記入例も付して、平成30年度から使用を予定している) 	

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。	a
	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)83.3% b)16.7% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・小学校への就学、保育所や幼稚園入学、転居による事業所の変更等、サービスの移行に伴い、サービスの質が維持継続されるようにするための支援について当事業所は、該当児全員に所定の「状況表」(療育内容の概要を記したものを)作成して保護者に渡し、保護者の判断で活用してもらうことにしている。文書では十分に表現しきれないものや保護者の要望がある場合等は移行先で会議を開催することもあり、保護者・相談支援事業所・移行先・当事業所の4者による会議行ったこともあるなど、サービスの継続性に配慮した柔軟な取り組みをしている。</p> <p>・当事業所でのサービス終了後の相談については管理者が対応している。相談の課題によっては(当事業所が所属する)法人倉敷拠点の相談支援事業所等の専門相談や他法人の社会資源活用を薦めるとしている。</p> <p>・なお、当事業所のサービス終了後の相談を実施する場合には、あらゆる場合を想定した手順を標準化するしきみを文書化し、保護者にもわかるように内容や方法を意図した取り組みを期待する。</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)50% b)33.3% c)0% 無回答)16.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・法人は、基本方針の冒頭に「利用者満足の追求」を掲げている。第三者評価実施(3年に1回)のたびに利用者調査を行うことにしている。当事業所は、利用者満足に関する独自調査は行っていない、第三者評価時の利用者調査の結果から満足度を把握し、その結果を事業所通信紙「きらり通信」に掲載し保護者へ知らせることにしている。</p> <p>・第三者評価の結果は職員会議、事業所が所属する倉敷拠点サービス調整会議で改善が話し合われる。また、毎年開催している保護者茶話会、座談会や保護者との個別懇談(面談)、家庭訪問でもサービスや運営に関する意見が出ることがあり、内容によっては職員会議に諮って改善を検討している。</p> <p>・第三者評価結果ほか、保護者の意見等を基に、拠点としての検討を行い、例えば、プライバシーが守れる相談室の設置、利用者との協働関係の強化、サービス終了時の移行支援、業務マニュアルの点検といった取組に発展させている。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>法人が掲げる「利用者満足の追求」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、しきみとしておくことが肝要である。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)66.7% b)16.7% c)0% 無回答)16.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の仕組みについては、苦情受付窓口および苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員(2名)の連絡先を見やすく工夫した法人所定のポスターを見やすい位置に掲出している。また、管理者は、利用契約時にも重要事項説明書に基づいて、前述した連絡先に、倉敷市障がい福祉課、岡山県運営適正化委員会を含め、内容を説明している。 ・苦情受付・解決の手順は、苦情解決マニュアルにフロー図で明示されており、職務遂行要領書には留意点を含めて対応手順が詳述されている。管理者はこれらの決まりに基づいて実行し、苦情受付・内容・解決を図った所定の記録を保管している。 ・苦情を受け付けた場合は、職員に知らせるともに対策の検討も行っている。保護者には、苦情申し立て当事者への対応はもとより、事業所全体に関係するような事案については、毎月の事業所通信紙「きらり通信」で知らせている。 <p>■ 改善課題</p> <p>第三者委員への直接の連絡先の明示(現状は、第三者委員2名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等、利用者(保護者)が第三者委員を活用できる体制の整備、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等、苦情解決のしく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つである。今後の取り組みに期待する。また、本評価基準は、苦情の公表がなされていない場合には「c」と評価することが規定されている。</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、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。	b
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)66.7% b)16.7% c)0% 無回答)16.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護者からの送迎時引継ぎなどの場での相談や問い合わせには、全職員が窓口となって対応している。一般的な個別の相談には管理者が対応することになっている。相談の方法についても制約を設けず、いかなる方法にも応じている。こうした相談のしくみについて、改めて保護者等への明示はおこなっていない。 ・相談内容のプライバシーが守れるよう個室の相談室を設けており、必要に応じて活用している。 <p>■ 改善課題</p> <p>どのような案件を書式に記載するのか、どの会議で検討すべきかなどの基準を設けたマニュアルなどは整備されていない。苦情解決と同様に組織的な対応には、相談や意見への対応方法のしくみづくりには、マニュアルなどによる文書化が望まれる。現行の取り組みを見直し改善するために、また、しくみとして定着させ継続させるための体制として、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、組織的検討手順、利用者への説明などについての手順の整備を期待する。</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)83.3% b)16.7% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所として保護者の意見や要望を聞く機会は、送迎時の引継ぎ、個別支援計画や就学前の個別懇談、個別的な一般相談などがある。これ等の相談等については記録を残している。 ・事業所のサービスに関する保護者の意見や要望の把握は、勉強会や座談会等の行事後アンケートや茶話会などでおこない、療育に幼児のスポーツ活動を取り入れる、サポートブック作成の講座をもつ、就学に関して先輩格の親から話を聞く場を設定するなど、サービスの向上に活かしている。 ・管理者は、把握した相談や意見については迅速な対応を心がけるとともに、相談内容によって猶予期間を判断し、具体的に保護者に説明をするようにしている。 ・保護者からの要望・苦情・意見については、法人サービス調整会議において、事業所内で検討した改善策と共に報告をすることになっている。法人として、サービスの質の向上への取り組みを確認するしくみである。 <p>■ 改善課題</p> <p>相談窓口については重要事項説明書に、「通所支援計画」に関連する相談と、「苦情・意見」その他一般的サービス利用に関する相談とが掲載されている。両者の表記には、重複する部分もあり、利用者が必要時に、適宜、適切に活用できるよう、分かりやすい表現に整理・統合が必要と考える。また、利用者（保護者等）が相談や意見を述べる際には多様な方法や、相手を自由に選ぶことが求められており、これ等を含めた相談体制の検討と、それによる案内文の掲示など相談や意見を述べやすい環境づくりが求められる。</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)83.3% b)16.7% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の横断的な組織「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構築している。同委員会は、各事業所で解決できない課題の検討をして各事業所へ広め、取組みを横展開する役割、安全に関する研修、気持ちのよい職場環境づくりを目的に各事業所をパトロールし、課題箇所等の指摘と改善を指示する等の役割を負っている。 ・事業所内での事故対応は「緊急時対応マニュアル」に沿って行っている。事故の場合、ヒヤリとした体験はそれぞれ、所定の報告書に記載する。ともに対応した職員が、発生時の状況から処置内容、考えられる発生原因を記載し、職員会議などで分析し予防対策を検討する。さらに1ヵ月後に予防対策の実施状況を管理者が確認するしくみである。 ・事業所内の安全点検は、毎月1回安全チェック表を用いて行っている。 ・管理者は、安全面で気づいたことを終礼で職員に投げかけて、気づきと改善を主導している。 <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では、事故事例の収集や事故防止対策の実施状況や評価・見直し、また職員研修などに関し、職員の自信のなさがうかがわれる。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)-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)83.3% b)16.7% 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、これを職員に回覧し、保護者には送迎時の保護者カウンター近くに掲示し、「きらり通信」にも引用して注意を促している。また、職員は、感染症に関する法人内研修(実技を含む)を受講している。 ・当事業所では、管理者が感染症対策責任者であり、事業所内の感染症対策を講じるとともに全体を牽引する役割を負っている。当事業所の感染症予防と発生時の対応は、発達支援事業部で策定した「感染症マニュアル」に基づいており、週1回玩具・絵本を含む事業所内の消毒(感染症流行期は、毎日使用したものを消毒)と共に、手洗い、うがいを奨励している。 ・これまで、感染症の集団発生は起きていないが、発生した場合には、感染症登園基準シートや感染症マニュアルに沿って対応する。 ・子どもには、手洗手順を写真で示し洗面所に貼付して手洗いの習慣化を図っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、感染症のマニュアルの見直しや周知徹底、研修などにおいて、取り組みの不十分さがうかがえる。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。 	

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)100% 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」委員会が法人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。 ・当事業所では、管理者を災害時対策の実施や避難の責任者とし、法人の一斉避難訓練を、「緊急時対応マニュアル」に沿って行っている。このマニュアルは、心肺蘇生法、事故発生時の対応等を内容とするもので「緊急時持ち出し」扱いとし、表紙には緊急時持ち出し用品、救急・消防、きらり児島、法人本部等、必要か所の電話番号、通報時の具体的文言の明記とともに「あわてず、冷静に！」と並記し、事務室の電話近くに常備した有用なマニュアルになっている。 ・地震・火災・台風の対応については、職務遂行要領書にも避難誘導の手順が掲載されている。消防署と連携して避難訓練を実施し、有事に備え全利用児の緊急連絡先を記載したファイルを持ち出し用に整備している。 ・10人分のカンパン・水等の災害時備蓄品は、責任者である管理者が年1回の入れ替えを実施し、避難用バッグも年1回、内容の点検を行っている。 ・その他、警察署の協力を得て、不審者対応の講習を予定している。 <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では、災害時の子ども・保護者の安否確認の方法の決定と職員への周知、消防署に限らない地元の人たちとの連携などにおいて、不確実な状況かと自信のなさがうかがわれる。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-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)83.3% b)16.7% c)0%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・虐待防止・緊急時対応の各マニュアル等である。職務遂行要領書には、登降園、療育支援、心身の健康管理、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、1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、厚生労働省発刊のものを準用している。これらのなかには、写真やフロー図を用いているものもあり、どれも平易な文章でわかりやすさへの配慮が感じられる。 ・職務遂行要領書は、新規職員の業務確認、一般職員には気になる点の確認に、用いられている。新しい要領書の必要性や、新規挿入されたものについては職員に周知している。また、法人が行う研修も標準的な考え方や支援方法の浸透につながっていると管理者は述べている。 ・標準的な実施方法に基づく実践は、職員会議・週末会議で、管理者・職員の気づきを話題にして、改めて周知を図る場になっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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利用者に関する記録方法など、優先順位を決め、さらなる文書化への取組みに期待する。 ・管理者が行っている職員会議・週末会議における標準的な実施方法の実践についての振り返りは、管理者も感じているようにしくみとして未定着の感がある。せつかくの取組みなので、業務の水準維持とつぎの見直しに役立つよう職員への周知を工夫し、位置づけの明確化、内容の記録等しくみとしての定着が期待される。 	

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)66.7% b)33.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>当事業所がサービスの標準的な実施方法として所持している業務マニュアルは、全職員による見直しが予定されている(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」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> <ul style="list-style-type: none"> ・平成29年度は、児童発達支援の「きらり」の5事業所全体で職務遂行要領書の見直しに取り組み、同要領書の「緊急時対応」から、より有用と考えられる『緊急時対応マニュアル』おちついて！』を策定している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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ぐみを検証することである。今後の取組みを期待する。 ・管理者は、通所してくる子どもが併用園や家庭における姿も療育場面で見せていることから、個別の発達支援を重視する考え方を広げる必要性を感じており、アセスメント情報シートの改定が必要と考えている。 	

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。

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。	b
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)66.7% b)33.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の個別支援計画は、暫定的支援計画(利用開始から1カ月目まで)後のアセスメント、本計画立案、モニタリング(個別支援計画の評価・見直し)、保護者への説明という一連の過程を、子どもの担当(正規)職員を軸に進めている。 ・通所初日からの暫定的個別支援計画は、見学時対応をする管理者(児童発達支援管理責任者を兼務)が、保護者からの聞き取りや子どもの様子を記入した「問い合わせ・見学受付票」と相談支援専門員の見解、「基本情報」等によって管理者が作成した原案を、全正規職員で検討して決定する。 ・概ね通園して1カ月後に策定される本計画は、この間に行う乳幼児発達検査の結果や療育場面で見る子どもの行動、保護者が提出する「要望書」や「アセスメント情報」の内容などを総合して担当職員がアセスメントし、計画書の原案を策定する。原案は、全職員によるケース会議(年4回)によって検討し、決定する。 ・行動調整ができないなど、特定の子どものアセスメントは、法人他事業所のOTに依頼することができ、必要に応じて、法人内ST、栄養士、看護師、支援専門員からも助言を得て個別支援計画の検討に活かしている。 ・計画に沿った支援の実施についての点検は、6カ月ごとのモニタリング時ケース会議で行っている。保護者への連絡帳「療育記録連絡帳」でも確認することができる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・児童発達支援管理者を兼務する事業所管理者は、支援計画には一人ひとりの具体的なニーズが出せていないとしている。一方、職員自己評価は、個別支援計画には一人ひとりの具体的なニーズが明示されているとの判断を示している。この要因として、計画策定のプロセスにおいて、発達に関するアセスメント情報以外の「個人」の状況と個人を取り巻く「環境」に関するアセスメントの過程があいまいであった点が考えられる。また、担当者が行ったアセスメントを多くの職員(ケース会議)で検討していない点も要因として考えられる。ニーズは、アセスメントによって導き出されるものなので、この点について事業所内の認識の不一致も考えられる。検討を期待する。 	
	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)66.7% b)33.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別通所計画は、基本的にモニタリング・評価(乳幼児発達検査)を経て6か月毎に見直しを行っている。利用者(保護者)の意向は、改めて「保護者要望書」の提出を受けて内容の確認をし、アセスメントにもとづいて支援計画案を作成し、職員による検討会議で決定するという過程を経て、見直し・変更が行われている。見直された個別支援計画の内容は、「療育記録連絡帳」に記載されると同時に、送迎時に保護者に説明される。 ・緊急な計画の変更は、現状、保護者からの提案に基づくものが多い。例えば、利用回数を増やすなどである。この場合は、管理者が作成した原案を職員全体で検討して個別支援計画を決定する。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、個別支援計画の検証・見直しの目的、手順や取り組みについて、理解が不十分な状況が覗える。支援ニーズに応えるためにも不足している支援やしくみの検証と、モニタリングの根拠とする情報の明確化やモニタリング記録の整備なども今後の課題である。取組みに期待する。 <p>(※今回の第三者評価、ヒアリング調査後に、児童発達ガイドラインに沿って、支援提供プロセス、計画の変更について文書化した)</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)66.7% b)33.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別通所計画は、基本的にモニタリング・評価(乳幼児発達検査)を経て6か月毎に見直しを行っている。利用者(保護者)の意向は、改めて「保護者要望書」の提出を受けて内容の確認をし、アセスメントにもとづいて支援計画案を作成し、職員による検討会議で決定するという過程を経て、見直し・変更が行われている。見直された個別支援計画の内容は、「療育記録連絡帳」に記載されると同時に、送迎時に保護者に説明される。 ・緊急な計画の変更は、現状、保護者からの提案に基づくものが多い。例えば、利用回数を増やすなどである。この場合は、管理者が作成した原案を職員全体で検討して個別支援計画を決定する。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、個別支援計画の検証・見直しの目的、手順や取り組みについて、理解が不十分な状況が覗える。支援ニーズに応えるためにも不足している支援やしくみの検証と、モニタリングの根拠とする情報の明確化やモニタリング記録の整備なども今後の課題である。取組みに期待する。 <p>(※今回の第三者評価、ヒアリング調査後に、児童発達ガイドラインに沿って、支援提供プロセス、計画の変更について文書化した)</p>	

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)83.3% b)16.7% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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様式、「療育記録連絡帳」写し、支援・園訪問・家庭訪問の各記録、業務日誌等がある。日々の支援の実施状況は、保護者との連絡ツールである「療育記録連絡帳」に記録される。連絡帳には自立支援計画の項目がそのまま「ねらい」(一覧表)として印字されており、項目ごとに毎日の療育内容が書き込まれている。療育内容記録は職員によって書き方に差異が生じないよう、支援の内容を選択肢から選んでチェックする方式に工夫されており、短文の自由記述を追記することによって内容を補っている。 ・園訪問・家庭訪問の記録は、大まかに記載内容を定めた様式として統一されている。「療育記録連絡帳」「業務日誌」は、職務遂行要領書に記入要領を定めている。 ・管理者は、記録内容について、具体的な指示をして記録の質を維持している。 ・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行っており、検討事項等は終礼記録に記されている。 ・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している。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している。 	

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)83.3% b)16.7% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・記録管理の責任者は管理者である。子ども一人ひとりに関する記録は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と前項で述べた記録類のすべてを職務遂行要領書の手順に沿って綴じ込み、鍵付き書庫などに適切に保管している。また、個別支援計画(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。 ・管理者は、個人情報保護の観点から、例えば、利用者名の入る文書の保管方法、子どもの顔写真の扱いなどについて、現場で直接指導をして職員の注意喚起をしている。 ・開示請求や廃棄の方法は法人の個人情報保護規程で定められている。事業所における個人情報の取り扱いについては、契約時の重要事項説明書の中に守秘義務の一環として示されており、管理者はこれに基づいて保護者に説明をしている。保護者からの開示請求への対応等、個人情報の取り扱いの説明文としては不十分かつ不明瞭である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護に関する職員の理解が深まるような計画的な学習会・研修などの取り組みが求められる。 ・開示請求や破棄の方法は個人情報保護規定で定めている。ホームページにおいても開示・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が具体性が乏しい。コンプライアンスの観点から、個人情報保護についての認識が深まる継続した取り組みが必要である。今後支援記録のIT化も検討されていることから、電子媒体の取り扱いについても適切な管理体制が望まれる。 	

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 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a
	b) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)83.3% b)16.7% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害を持つ子どもや大人の支援における理念・基本的考え方として、障害者権利条約を踏まえながら対象児・者の権利をサービス提供に具体化していくことが期待されている。当事業所では、昨年度から権利擁護研修が実施され、その内容は現場に即した具体的なものとしており、職員のわかりやすさの促進を目指している。 ・現場の支援においては、利用児の意思決定重視を、重視した取り組みを心掛けている。日常の活動での進め方は、職員サイドで決めるのではなく、子どもに問いかけ子どもの意思を尊重する支援をしている。また、利用児同士のやりとりにおいても、例えばおやつ当番を自分がやりたいときに一人で言い張るだけでなく、他児たちに対しても「いいですか」と問えるように導くなど、お互いの意思を表出するように職員が関わりを心掛けることで、お互いの意思を尊重しあうルール形成を実施している。また、自分の意思ではなく、「いいよ」と言ってしまうことがあることを踏まえており、子どものその時々表情を捉え、意思を改めて確認することも重視している。 ・療育の1日の流れなどは、通所支援計画に沿って職員が決めているが、子どもの意向を常に意識し、子どもの選択によって、計画を変更することもある。 <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思を直接問い、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 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)66.7% b)-% c)33.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、年度当初に全職員を対象とし、グループワークを取り入れた研修が行われている。職員研修において、最近起きた障害者関係事件などを取り上げ具体的に権利侵害と防止について学べる取り組みである。 ・当事業所では虐待発見チェックリストを作成しており、「身体的虐待のサイン」「心理的虐待のサイン」「性的虐待のサイン」「ネグレクトのサイン」に加え「支援者の態度にみられるサイン」も具体例を挙げて一覧化している。このことで、虐待等の権利侵害に対する基本的視点が養成され権利侵害の防止となるよう取り組んでいる。 ・身体拘束として想定される行為として、子どもが不安定になり自他への危険行為(物を投げたり暴れたり等)がある時に必要に応じてクールダウン室に入ってもらおうことがある。この時には保護者に理由と経過を伝えと共に記録に残すことを徹底する様にしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実際に虐待を発見した時、また虐待が行われたときの法人としての具体的な手順が明確にされていない。事業所としては、「虐待発見チェックリスト項目」によって、管理者が留意している。また、職員は発見時には管理者へ報告をすると理解しているとしているが、明確な取り決めにはなっていない。早急に整備されることが望まれる。 ・この評価基準「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」の職員自己評価は3割が「c」と評価(上記)しており、取組みが十分でないことを表している。 ・本評価基準は、取組みが十分でない場合は「c」評価である。 	

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) 50. 0% b) 33. 3% c) 16. 7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の思いを押し付けるのではなく、子どもが自己決定、意思表示できるような状況の下で支援することを重視している。職員の意識として「お世話ではなく、子どもが自分でできることを目的にし、見守るという姿勢で対応している」を共有しており、実施している。 ・自律・自立生活の動機づけとしては、特に「ヒントの提供」や「きっかけづくり」に重きを置いている。例えば、指差しや見本を示すことで子どもが自ら気づくことを促進している。 ・生活の自己管理面、例えば食事や排せつなどの日常生活動作やお片付け等の行動では当事業所内に留まらず、所属園(幼稚園または保育所等)や家庭でも自立して行えることをイメージしながら通所支援計画に取り込み、実施している。 <p>・なお、当事業所では、日常の保護者とのやり取りの中で、必要に応じてファミリーサポートやガイドヘルパー等の情報提供を行っている事例はある。地域での自律・自立生活を支援するために、さらに、職員が一層の自覚をもって家族状況に応じてのサービス利用支援に臨むことを期待する。</p>	

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) 66. 7% b) 16. 7% c) 16. 7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所にはコミュニケーション(意思表示や伝達)に障害をもつ子どもが多く利用しており、家庭におけるコミュニケーション方法の把握の他、個々の発達や特性に応じて言語に偏らないコミュニケーション開拓を意識している。日常的に各生活場面に応じてのあいさつ・タッチ・抱きしめなどの身体行為を状況に応じて多用することを心掛けている。 ・コミュニケーションツールとしては「理解」「表出」のために写真、絵・実物等、個々に応じた物を工夫・開発している。スケジュール表等も、ジャバラ型に折りたためる形状やメモ書きの様にA4サイズの紙に書いて持ち歩けるようにする等の個別配慮がされている。 ・子ども同士のコミュニケーション支援も重要であると認識しており、例えばトラブルの時には職員が双方の代弁をするようにして、意思疎通を補うようにしている。 ・子どものコミュニケーション能力の向上は、大きな支援の柱であり、アセスメントに基づく通所支援計画に基づいて支援をしている。例えばソーシャルスキルトレーニングやロールプレイなど、実生活でも役立つものを意識して取り入れている。 <p>・なお、職員の課題意識として、子どもが職員など、人を呼ぶきっかけがなかなかできないことを取り上げている。このことを踏まえ、さらなる取組みとして、機器類の可能性を視野に入れ適切な活用法を検討していくことがあげられる。日本語を母国語としない住民も増えてきており、代弁者の開拓も検討事項として挙げられる。</p>	

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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)66.7% b)33.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護者に対しては、就学年次には2回の個別相談会の他、必要に応じて個別懇談を随時行う旨、重要事項説明書にも明記し、実施している。 ・毎年度初めには「保護者の要望書」を記載してもらうことになっており、それに基づいて面談を実施している。今年度は、相談室として個室が整備され、相談室を使つての個別相談を多く行っている。 ・相談内容は児童発達支援管理責任者を含めた職員で共有され、日常的に支援調整や通所支援計画に反映するようにしている。 ・子どもには、療育においてはどの活動に参加するかなど、本人の意思を尊重しており、意思決定のために複数の選択肢を提示したり、保護者に聞き取ってもらう等の工夫をして、本人の意思を尊重している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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)を意図的に設ける工夫が望まれる。また、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、その対応について児童発達支援管理責任者等と関係者(職員)とで検討をしたうえで、理解し、共有することが求められている。意思決定支援としての妥当性や個別支援計画への反映などの検討の意味が含まれている。この考え方の吟味を含め、意思決定支援としての「相談」のしくみをつくるための今後の取組が期待される。 	

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)66.7% b)16.7% c)16.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の日々の実践は通所支援計画に基づいた取り組みとなっている。記録(療育記録連絡帳を兼ねる)には通所支援計画項目が予め印字されており、それぞれどのように実施されたかを活動後すぐに記すようになっている。 ・当事業所での支援活動は、大きくは個別のお勉強・あつまり・設定活動・プレイフロアでの遊び活動の4領域となっている。1回の支援活動でこれらのどの活動も行うように構成されている。 ・それぞれの活動内容は、子どもが選択できるようにカードや現物が提示されている。また子どもの状況に応じて設定活動の中で急きょ変更されることもある。例えば手遊びに歌活動を取り入れるなどの子どものニーズをとらえた実践である。 ・この活動領域に収まらないニーズに対しては、公園遊びやクッキング等、特別メニューを取り入れる努力もしている。 ・「社会活動」として、放課後等デイケア部門では地域のマッピングをしたり、公共交通機関を利用して買い物をしたりなどの実践をしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この評価基準「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」に対する職員の自己評価は、下位項目の多くが5割から2割未満である。一通りの対応はしているものの頻度が少ない、事業所の支援方針として周知されていない等が考えられる。職員自己評価の結果を重く見て評点に反映した。今後の取組に期待する。 	

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)66.7% b)16.7% c)16.7% 無回答)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当事業所に通所する障害児とは、自閉症スペクトラム(軽度・中度知的障害合併児もいる)、ADHD、知的障害、言語発達遅滞、肢体や視覚等の身体障害を有する子どもたちである。 ・職員は法人の行う専門研修として、幼児期の発達や、発達障害についての研修を受講している。他にも法人内のOTやST、心理職などからも専門的知見に基づく助言を得やすい環境であり、個々の障害において必要に応じて対応できている。特に行動障害対応については上記専門職にも参加してもらい、通所支援計画にも反映させて支援を行うことが出来ている。 ・職員間で、日常的に朝礼、終礼、振り返り、出張復命書等によって、一人ひとりの状況が把握できている。 ・利用者同士の心身の状況や障害に応じた環境調整として、コーナーを分けたり等の工夫を随時行っている。</p> <p>なお、職員自己評価では利用者間の調整については、まだ検討が必要との意見が多い。今後に期待したい。</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)66.7% b)16.7% c)16.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・昼食は給食と弁当を選択できるようにしている。給食は法人内の他事業所である児童発達支援センター厨房が作っている。その為食材の切り方を工夫するなどきめ細かな調整や工夫が可能となっている。 ・偏食については保護者や所属園(幼稚園や保育所等)と協力連携しながら、原因分析をし、例えば食材の切り方に抵抗があったと判断した時には厨房に変更依頼をすることができ、迅速に改善できるようになっている。その為子どもに無理強いするようなことは無く、楽しくおいしく食べられるようになっている。 ・アレルギーを含む食事支援や、排泄支援についても、通所支援計画に定め実施することが出来ている。トイレトレーニングでは、おむつからパンツに切り替えていくときに、トイレに行くことがマイナスイメージにならないように配慮し、丁寧な支援を行っている。 ・移動については、OTの助言も得ながら、歩き方の支援を必要に応じて行っている。</p> <p>■ 改善課題 ・この評価基準「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」の職員自己評価は、下位項目の多くの肯定的回答が5割に満たず、ゼロ割も含む。取組みの意味や内容、課題意識の共通認識が必要と考える。今後の取組に期待する。</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)66.7% b)16.7% c)16.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は今年度当地に移転した。生活環境面では以前より専有面積が広くなり改善された。子どもたちが活動するエリアもゆつたりしており、広々としたトイレが2カ所ある点も使い勝手が改善されている。さらに個室の相談室もあり、相談のような支援内容の多様化が図れるようになった。また、解放感と明るさが増している。ガラス部分が多く外から中がよく見える。安全のために外部から子どもの顔が見えないように、ガラス窓に目隠しを工夫している。 ・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し、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、子どもの気持ち、取り組む課題などを考慮して使い方を変えている。 ・快適で安心・安全なスペースとなるよう安全点検チェック表(床・壁面・天井・柵・掃除用具の整理整頓など8カテゴリー38項目)によって月に一度、建屋内の点検とともに、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を行うことを取り決めて実施しており、清潔感のある環境である。また、コーナーや段差か所にはガードや色分けで危険を回避する工夫を行っている。 ・子どもたちが思い思いに過ごせるような部屋やエリアが用意されている。 	

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)66.7% b)16.7% c)16.7% 無回答)00.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では日常的に法人内のOT、STや心理職などと連携している。通所支援計画策定時にもそれら専門職の助言を得ており、定期モニタリング時はもとより、必要ときには適宜、助言・指導を得ている。 ・当事業所の特色の一つとして、法人として定めているモニタリング時のみではなく、日々の振り返り等から随時、新たな実践をしている状況であり、日々子どもにとって望ましいと思われる機能訓練・生活訓練が実現している。 ・訓練は、楽しく主体的に行えるように工夫しており、例えばST訓練で口腔内で舌を動かす訓練なども、お菓子を複数口に入れて、数の当てっこをすとか、ボタン掛けは本人の好むお人形さんで練習するなど、プログラムの工夫をしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本評価基準では、専門職の助言・指導に基づく、機能訓練・生活訓練や個別支援計画によって、実施することが求められている。より質の高いサービスの提供として、今後の取組に期待する。 	

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ないが、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)66.7% b)33.3% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの健康面については毎年新たに「基本情報」に記載し把握している。 ・発作については、発作マニュアルを整備し周知している。その上で、主治医の助言に基づいて「てんか・けいれんシート」を保護者に記入してもらい、それぞれに応じた対応を把握している。 ・排泄表などは、個々の状況に応じて作成している。 ・発熱時は保護者に連絡を取り、さらに連絡帳で確認している。職員は平常時と様子が異なる時には観察を細かく行うことを心掛けている。 ・怪我や病気の際の対応は緊急時マニュアルが整備されている。 ・職員は法人の行う専門研修の中で感染症や、アレルギーについて法人看護師から実技も含めて学んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <p>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障害をもった子どもの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、少なくとも子どもたちが、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を検討する必要がある。また、下位項目として、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も求めるなど、日々の健康管理と体調変化時の的確で速やかな対応ができる体制づくりを求めている。今後の取組に期待する。</p>	

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>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)66.7% b)16.7% 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、社会参加を社会の中での一員としての活動と捉えており、学齡児(放課後等デイサービス利用)には近隣の町探検(マッピングした所に行ってみる)や買い物などを実施している。また、頻度は限られるが公共交通機関を使って図書館に行くなどの機会も設けている。 ・子どもの状況から通常のプログラムを変更して近隣の公園で他所の子ども達と一緒に鬼ごっこやドッチボールをするなどの経験もある。計画的に支援としてそのような機会を設けたのではなく、結果的に交流できたという状況である。 ・クッキングは利用者の希望から始まり、プログラムにも位置付けて取り組んでいる。学齡児のみではなく、幼児も実施するようになってきている。 ・いわゆる学習支援は子どもや保護者のニーズを受け、通所支援計画に基づいて実施している。 <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活動支援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。</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)50.0% b)33.3% c)0% 無回答)16.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・転居などに伴う地域移行支援は、極めて少ないが、転居で活用し得る社会資源情報を相談支援専門員と協力して提供するなどしている。 ・保護者から相談が多い就学に伴う不安については、その要望に基づいて、当事業所での支援内容を書面(所定の様式)で提供し、また、子どもが併用している園や学校への訪問によって、当該児へのかかわりについて助言し、園や学校とも連携して、より適切な環境づくりを支援するといった取り組みも行っている。当事業所の訪問支援を受け入れる機関が徐々に増えており連携が進んできていると管理者はみている。 ・また、保護者の相談に端を発して、当事業所通園児や卒園児の「きょうだい児」(小学校2～6年生)の受け入れも行っている。子どもと保護者の都合でときどき来所し、当該児の得意なこと(折り紙、利用児が折り紙を折るときの手順書づくり、塗り絵見本づくり、皿・コップ洗い)で、お手伝いしてもらい、職員は達成感や自己肯定感が持てるよう関わるといものである。事業所は、子どもボランティアとして受け入れているが、当該児もそれぞれ課題を抱えていることや、必要に応じて当該児の学校とも連絡を取って保護者の相談に乗っており、保護者の安定した子育てに寄与しているという点で、地域生活支援の一環と捉えることができる。</p> <p>■ 改善課題 平成29年度の事業所方針に、「地域の関係機関と、利用児一人ひとりの健やかな育ちのために目的を合わせて取り組む」とある。地域生活の移行や地域生活の継続に伴う「地域関係機関」の広がりが望まれる。また、現状の支援は、希望する保護者を対象にした支援となっている。子ども(保護者)の状況に応じ、支援を必要とする利用者(子どもと保護者)全体を対象とする支援の検討が望まれる。</p>	

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)83.3% b)16.7% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・家族との連携・交流については契約書の重要事項説明書でも個別懇談があることを明記し、また契約書別紙で、家族見学週間があることを明記している。今年度はさらに家庭訪問も始めている。 ・日々の連絡は送迎時の報告・相談や連絡帳の他、必要に応じた相談(懇談)に多くの時間を割いている。定期的には毎年2回の通所計画策定とモニタリング時に家族からの「保護者要望書」を提出してもらい面談によって、意向を把握している。 ・家族に対しての支援としては、要望の最も多い就学に向けての相談は、年長児には年間2回実施している。その他、一般的相談として、家族関係などの入った相談もあり、必要に応じて相談支援専門員他しかるべき機関・部署につなぐなどの支援をしている。また、「子育て力の強化」として、ペアレントトレーニング(年1クール)、勉強会(年3回)、座談会(年3回)、家族見学(毎月)、親子課外活動(年2回)などを計画的に実施している。 ・放課後等デイサービスは土曜日に実施し、子ども一人当たりの利用回数は月に1回か2回である。要望によって時間数の変更などを行っている。対象学年は小学校2年生までである。学習の他、クッキングやソーシャルスキルトレーニングなどを実施している。利用児は、概ね、法人の児童発達支援事業所「きらり」の卒園児である。利用者(保護者)調査では3年生以降も実施して欲しいという要望と、回数を増やしてほしいとの要望が出されている。何らかの改善が期待される。</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) 子ども障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)83.3% b)16.7% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・発達支援は基本的に通所支援計画に基づいて行われ、家族からの聞き取りや、職員による行動観察の他、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10カテゴリの詳細な情報(アセスメント情報)についての確認と、「乳幼児発達スケール」「太田ステージ」を用いて子ども一人ひとりの発達評価を行い、複数職員で検討の上、保護者からの要望に基づく発達支援が行われている。</p> <p>・発達支援は、個々の発達に応じて、個別支援・集団支援を軸に遊び、運動、学習等日々の活動はこの計画に沿って行われ、基本的日常生活動作、学習、設定活動、遊び活動等々がプログラムされている。これらの活動は子どもの自立生活を支援することを目指しており、これらのプログラムには法人内のOT、STあるいは外部医療機関(子どもの主治医)のOTなどからの助言も取り入れ、職員全員でのチーム支援が実践されている。</p> <p>・子どもの所属園や学校への訪問による当該児の発達支援を引き継ぐといった支援も実施しており、訪問受け入れ機関が増えてきており連携が進んできている。</p>	