

## 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：きらり中庄	種 別：児童発達支援（一般、および主たる対象の障害を重症心身障害とする場合）と、放課後等デイサービスを行う多機能型事業所 ※以下「主たる対象の障害を重症心身障害とする場合」を「重心」と表記する		
代表者：坂田 恵子	定 員：児童発達支援（一般10名、重心5名）、重心対応型放課後等デイサービス（5名）		
所在地：岡山県倉敷市栗坂8			
電 話：086-464-0004	ホームページ： <a href="https://www.cumre.or.jp/">https://www.cumre.or.jp/</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>			
開設年月日：2009（平成21）年4月1日（児童発達支援） 2017（平成29）年4月1日（主たる対象が重症心身障害：重心）			
経営法人・設置主体：社会福祉法人 クムレ			
職員数	常勤職員：13名      非常勤職員：6名		
専門職員	保育士：3名      保育士：2名		
	看護師：3名      看護師：1名		
	理学療法士：1名      児童指導員：3名		
	作業療法士：2名		
	介護福祉士：2名		
	公認心理師：1名		
管理者：1名			
施設・設備の概要	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">                 （居室数）                  ・児童発達支援：一般2室、重心1室                  ・併設の児童発達支援センターとの共有室1室             </td> <td style="width: 50%; border: none;">                 （設 備）                  ・併設の児童発達支援センターとの共有である設備が多い                  ・重心のクラスには医療的ケアに最低限必要な設備がある。吸引器、担架等も設置している             </td> </tr> </table>	（居室数） ・児童発達支援：一般2室、重心1室 ・併設の児童発達支援センターとの共有室1室	（設 備） ・併設の児童発達支援センターとの共有である設備が多い ・重心のクラスには医療的ケアに最低限必要な設備がある。吸引器、担架等も設置している
（居室数） ・児童発達支援：一般2室、重心1室 ・併設の児童発達支援センターとの共有室1室	（設 備） ・併設の児童発達支援センターとの共有である設備が多い ・重心のクラスには医療的ケアに最低限必要な設備がある。吸引器、担架等も設置している		

### ③ 理念・基本方針

#### <法人の理念>

ともに育ち ともに生きる

#### <法人の方針>

- 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

#### <事業所のありたい姿>

- ・重い障がいがあっても子ども一人ひとりの可能性を見つけ、伸ばし、将来の選択肢を広げる
- ・家庭や地域のさまざまな機関（所属先、医療機関、相談員、公的機関、教育機関等）や地域の人と関わるなかで、互いに協力し合える関係づくりを行い、サポートできる支援体制を構築する

※きらり中庄では、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どもの興味や強みに焦点を当てながら支援に取り組んでいきます

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

定員10名の児童発達支援（以下、きらり）と、定員5名の主たる利用児を重症心身障害児とする児童発達支援および放課後等デイサービス（以下、ひかり）を行う多機能型事業所である。

「きらり」では、利用児が在籍している所属園を訪問して普段の生活や園での様子を見学するなど所属先と連携し、多角的に子どもの姿を捉えた上で支援を提供している。

「ひかり」には看護師が常駐し、機能訓練士（作業療法士、理学療法士）、保育士、介護福祉士などさまざまな職種が連携するなかで医療的ケアが必要な子どもを単独で受け入れて、発達支援を行っている。

### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2022年 10月 8日（契約日）～ 2023年 3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（2017年度）

## ⑥ 総 評

### ◇特に評価の高い点

#### 1. 子どもの特性に応じて丁寧にアセスメントを行い、専門職も交えて個別支援計画を作成し、保護者と連携して発達支援に取り組んでいる

当事業所は児童発達支援分野で2つのタイプの児童を受け入れている。児童発達支援「きらり」と重心対応型児童発達支援「ひかり」である。「きらり」は、自閉スペクトラム症、ADHD（注意欠如、多動症）、限局性学習症など多様な発達障害を持つ子どもを、また「ひかり」では医療的ケアが必要な重症心身障害の子どもを受け入れている。

2つのタイプの子どもの受け入れにあたっては、綿密なアセスメントによる個別支援計画の作成、モニタリング、保護者への説明など、具体的かつ丁寧な取り組みを行っている。

①入所前の情報収集は、保護者が見学を希望した時点から「日常生活聞き取りシート」を活用して支援に必要な情報を聞き取り、保護者と子どもの見学時には子どもの行動特性を細かにアセスメントしている。

②入所にあたっては、事前資料に基づいて保護者と面談を行うが、そのとき、看護師のほか必要に応じて栄養士、作業療法士、言語聴覚士等も同席してアセスメントを行い、確認している。そして、再び保護者ととも個別支援計画の修正を行い、確認を得た上で支援を開始している。

③利用開始の初期は、障害特性に応じた支援を行うため、保護者には当初から子どもに付き添ってもらい、職員は保護者から家庭での食事や排泄の介助を学びながら、個別支援計画に活用している。また、保護者を通じて把握した医療機関からの情報も参考にしている。なお、6カ月ごとの定期的な保護者面談でも、子どもの状況を確認している。

④利用開始後、職員は日々の支援を個別支援計画書に基づいて振り返り、月2回のクラス会議でも支援内容の検討や見直しを行っている。また、職員はKIDS乳幼児発達スケールや太田ステージ評価などの簡易な発達検査を行うほか、研修等でも子どもの発達状況についての学びに努めている。

一方、当事業所がインターネット情報共有システム「ケアコラボ」を導入したことで、支援計画に基づいて実施された支援の内容は子どもの様子とともに記録され、保護者も閲覧できるようになっている（見える化）。こうした丁寧なアセスメントから、個別支援計画の作成、および支援の見える化に至るまでの取り組みは、保護者に安心感をもたらすとともに、高い満足度につながっている。

### ◇特に改善を求められる点

#### 1. 事業所の重要な経営課題に関する現状の分析と課題解決の取り組みが十分には行われていないため、計画的な取り組みにつながっていない

経営環境を取り巻く内外の状況は、理事長や法人本部が中心となって把握して中期経営計画を策定するとともに、法人全体の事業実施体制を見直しながら取り組みを進めている。具体的には今年度の「5拠点+1基地」と称する体制のもと、各拠点に「拠点長」を配置して拠点ごとの経営責任体制の再編を図ろうとしている。

しかし、当事業所においては、稼働率の向上をはじめ、職員体制の充実と、そのための職員の育成などの重要な経営課題に関する現状分析と課題解決の取り組みは十分には行われていない。事業計画からも、それら課題についての認識は明確には読み取れず、計画的な取り組みにつながっていない。また、経営課題は「拠点ミーティング」などで協議しているものの事実上は報告や共有にとどまり、現状では課題解決に向けた検討や取り組みの具体化には至っていない。

拠点と管理者との間の責任体制および役割分担の明確化についての検討も含め、取り組みの強化を期待する。

## **2. 事業所として職員の育成についての取り組みは十分ではなく、また 看護師、理学療法士、作業療法士などの専門職の育成と活用に関する方針や計画も明確ではない**

法人は「キャリアパスのしくみ」を整備し、そのしくみに職員研修や人事評価制度を連動させるとともに、今年度は委員会の体制の再編を行い、新たな人財マネジメントのあり方や体制について検討している。

しかし、そのなかで、当事業所における職員育成の取り組みは十分ではない。法人内の新規事業の立ち上げの影響を受け、当事業所では職員の異動が多く、経験の少ない職員の増加もあって苦慮している側面はあるが、研修計画は不十分であり、現状の分析と課題解決に向けた組織的な取り組みには至っていない。

また、看護師、理学療法士、作業療法士などの専門職の育成と活用に関する方針や計画も明確ではない。法人は「看護師連絡会」や「セラピスト連絡会」を設けて、それぞれで情報交換などを行っているが、それらの専門職を法人および事業所としてどのように育成し、活用を図っていくかに関する方針や具体的な取り組みなどが明確ではない。

今後は、当事業所における職員の育成・研修に関する課題の明確化と、計画的な取り組みの実施、さらには専門職の育成や活用のあり方についての検討が求められる。

## **3. 生活環境の安全性・快適性の観点から、居室や活動の場の狭さなどは改善する必要がある**

支援の場となる当事業所の居室は、園庭に面していて明るい。居室の壁には「子どもたちが季節を感じられるように」と職員が手づくりした装飾がある。

また、整理・整頓を含めた安全・安心のための清掃は毎日丁寧に行われているとともに、月1回、クラスの安全点検も行っている。危険な箇所がないかを確認し、居室内の物品なども子どもの動線を意識した配置となっている。

一方、居室は1カ所のみであり、療養スペースは限られている。また、当事業所は建物の構造上、併設の児童発達支援センターと共有であるため、子どもの活動上で必要かつ十分なスペースの確保ができていないという事情がある。

子どもが、快適に、そして安全・安心に過ごすためには、事業所の人的・物的環境を整えることは大切なことである。職員自己評価のこの項目に対する評価も高くはなく、職員の自由意見でも「人的には専門職も交えて支援に取り組んでいるが、物的な環境については難しさを感じる」という回答が散見された。適切な生活環境の獲得には、法人をあげた取り組みが必要であり、十分な計画のもと、確実に実施することを期待する。

### ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業所への評価をいただき、ありがとうございました。令和4年度に職員や利用児が大きく変化し、管理者としても今回は客観的な視点から事業所の強みと弱みを挙げてもらえたことで、今後の支援の質の向上や職員の育成についても明確に取り組んでいくことができます。

また「c」の評価であった部分はもちろんのこと、「b」の評価となっている部分については職員間で検討し、今後どのように取り組んでいくのがよいかを考え、実行していきたいと思えます。

### 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.7～37）。

● 共通評価基準

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-1 理念、基本方針が確立・周知されている。

【1】I-1-1-1-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		評価
判断基準	a) 法人、福祉施設・事業所の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	a
	b) 法人、福祉施設・事業所の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人、福祉施設・事業所の理念、基本方針の明文化や職員への周知がされていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)82.4% b)17.6% 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"> <li>・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『クムレだより ふれあい』等に掲載している。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。</li> <li>・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』)を携行させ、また嘱託職員Bなどには名刺サイズのカードに理念等を記載したものを持たせている。新採用時研修や非常勤職員に対しても、法人の基本理念等の理解を浸透させるために、全職員を対象とする研修(理念研修)を行っている。拠点会議などの法人の大きな会議でも、参加者が理念等を唱和することをルール化している。</li> <li>・新人職員に対するOJTのチェック表の冒頭に、法人の理念や基本方針を理解させることを明示している。</li> <li>・当事業所では、利用契約時に子どもの保護者に配布する『ご利用案内』(年度ごとに作成)の冒頭に「法人理念」「基本方針」「行動指針」を明示し、それらの説明と利用者等への周知に努めている。</li> </ul>	

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。	b
	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)82.4% b)17.6% 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"> <li>・法人は、少子高齢化が進むなかで、法人を取り巻く環境と経営状況の把握・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する。</li> <li>・法人では、各事業所が所在する地域を「拠点」とする体制を組み、活動しているが、今年度はその体制を2拠点から5つの拠点到らせている。加えて、法人の管理部門や各拠点への支援を行う法人本部機能を「基地」とし、新たに「5拠点+1基地」の体制と称している。</li> <li>・拠点には「拠点長」を配置して管轄する各事業所の経営責任を担わせるとともに、法人の幹部職員による「拠点会議」や各事業所の管理者等が参加する「拠点ミーティング」によって、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る体制としている。</li> <li>・当事業所は、5拠点の一つに位置づけられている。管理者は、事業所の代表として「拠点ミーティング」に参加し、当事業所の稼働率などの経営状況を報告するとともに、拠点内の他の事業所や法人を取り巻く環境等についての情報を把握し、それらを必要に応じて職員に周知している。</li> <li>・当事業所では、毎月の「職員会議」で利用予定、利用実績、職員の配置と異動、ヒヤリハット・事故報告などの情報を共有している。特に「稼働率の向上」を大きな課題として認識しているが、そのなかでも重度心身障害児に対応する事業を行う「ひかり」の利用者の確保に苦心している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「拠点会議」や「拠点ミーティング」で拠点地域内の各事業所の現状や課題を報告しているが、事実上は状況の報告にとどまっている。</li> <li>・当事業所にとっての大きな課題である「稼働率の向上」や「職員の育成」なども含めた経営課題の把握と分析は必ずしも十分ではない。それらを担う役割や責任体制の明確化も含めて、取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

【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。	b
	b) 経営環境と経営状況の把握・分析に基づき、取組を進めているが十分でない。	
	c) 経営環境と経営状況の把握・分析に基づく取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.7% b)23.5% c)0.0% 無回答)11.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・理事長および法人本部が経営課題を明確にし、その課題の解決に向けて、法人本部の機能も合わせた「5拠点+1基地」の体制を新たにつくり、より組織的に取り組めるよう見直しを進めている。</li> <li>・法人は、新たな「5拠点+1基地」の体制により、各施設で完結するサービス提供にとどまらない「地域共生社会」の実現に向けて、拠点長の責任と役割の明確化、ICT化、人財確保や人事システムなどの人財マネジメントの体制の見直しなど取り組むとともに、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。</li> <li>・拠点では、毎月の「拠点ミーティング」において、中期経営計画に基づく公益的な取り組み状況、各事業所の現状・課題とその改善策などについて協議し、次月の取り組みにつなげている。</li> <li>・当事業所では、稼働率向上を目指して新たに案内用のチラシを作成し、医療機関などに配布する工夫を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「拠点会議」や「拠点ミーティング」で拠点の地域内の各事業所の現状や課題を報告しているが、事実上は状況の報告のみにとどまっている。当事業所の稼働率の向上や職員の育成も含めた経営課題の解決に向けた取り組みの具体化は、必ずしも十分ではない。</li> <li>・それら経営課題の解決を担う役割や責任体制の明確化も含めて、当事業所としての取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

### 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)88.2% b)5.9% c)0.0% 無回答)5.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では関連する制度の改正や医療・福祉を取り巻く状況等を踏まえて「クムレ中期経営計画2025」を策定している。この計画は、国の唱える「地域共生社会」の実現に向けて、拠点体制によって切れ目のない支援を行うものであり、国際連合が採択した「持続可能な開発目標」(SDGs)の考え方にもつながるものとして位置づけ、取り組まれている。</li> <li>・法人の基本理念のもと「地域共生社会の実現と拠点体制の構築」を目指して「多様な生きるを実現する地域づくり」などの3つの方針を掲げ、それぞれ具体的な取り組みを明示している。</li> <li>・中期経営計画は、経営会議で必要に応じて見直している。事業実施体制については、2拠点制であったものを5拠点制に再編したところであり、さらに人財マネジメントの見直しなどにも取り組むなど「クムレのありたい姿」(ビジョン)に向けて計画的に取り組むむくみを整えている。</li> </ul>	

【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) 70.6% b) 17.6% c) 0.0% 無回答) 11.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の「くみれ中期経営計画2025」を踏まえて拠点ごとに事業計画を策定し、その内容を踏まえて各事業所において単年度の事業計画を策定するしくみである。</li> <li>・単年度の事業計画は、法人のすべての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、その共通のフォーマットは、今年度の事業計画から新たなものに見直された。新たなフォーマットは「事業所のありたい姿」「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」などで構成されている。</li> <li>・法人の方針に則って明示している当事業所としての「事業所のありたい姿」の内容は、厚生労働省が示す「児童発達支援ガイドライン」の内容も参照して定めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新たなフォーマットで作成したからかもしれないが、今年度の事業計画における「事業所のありたい姿」について、それが何を示しているのか明確ではない。事業所の3年程度を見通した達成すべき状態(姿)を示しているとするれば、その内容は抽象的であり、また「ありたい姿」を目指すプロセス(例えば年次の計画など)も読み取りにくい。内容の十分な検討が必要である。</li> <li>・当事業所として重要な「稼働率の向上」や「職員の育成」などの課題にどのように取り組むのかについて、事業計画ではその方針や具体的な取り組み内容が明確には示されていない。課題の明確化と合わせて、事業計画の内容の充実を図ることを期待する。</li> </ul>	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

【6】I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		評価
判断基準	a) 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
	b) 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、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) 41.2% b) 58.8% c) 00.0% 無回答) 00.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今年度の当事業所の事業計画は、前任の管理者が、法人本部が示す枠組みやスケジュール等に従って策定したものである。</li> <li>・事業計画は、職員に対しては毎年4月の「職員会議」で説明を行って周知し、計画の進捗状況については年2回、定期的に確認と見直しを行う機会を設けている。</li> <li>・管理者は、前年度における事業計画の作成では職員の意向の把握は行っていなかったと聞いているため、次年度の計画策定にあたっては、職員の意見を踏まえてまとめていきたいとしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の定めた枠組みに従って事業計画をまとめ、職員への周知にも努めている。しかし、例えば人材育成や稼働率の向上などの課題はそこから明確には読み取れず、また計画策定段階における職員参画の機会についても、明確には位置づけられていない。</li> <li>・職員の自己評価の結果でも、上記の通り、6割近くが「十分ではない」と回答している。さらなる取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	



【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。	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)47.1% b)35.3% c)5.9% 無回答)11.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該年度の事業の方針等の周知については、利用者等に対しては広報誌『くもレだより ふれあい』を配布している。毎年度、最初の発行号には法人の方針や新たに取り組む事業等について掲載している。</li> <li>・当事業所は、年度ごとに『ご利用案内』を作成し、その冒頭に法人理念、基本方針とともに「きらり中庄事業計画」および「事業所方針」を掲載して、利用契約時には口頭で説明を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等への事業計画の説明においては、説明資料の内容が、利用者等にとってよりわかりやすいものとなるように工夫されていることが重要であり、当事業所では、年度ごとに作成している『ご利用案内』を説明資料とし、保護者への説明を行っている。</li> <li>・しかし『ご利用案内』の「きらり中庄事業計画」についての掲載内容を見ると、当事業所の事業計画との整合性が必ずしも明確には読み取れない内容である。『ご利用案内』に掲載する内容をさらに吟味することを含めて、取り組みを強化することを期待する。</li> </ul>	

#### 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)94.1% b)5.9% 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"> <li>・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られているものであり、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サイクルによって展開すると明示している。</li> <li>・法人は、すべての事業所に対して計画的(数年ごと)に福祉サービス第三者評価を受審することを求め、全事業所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し、役員や全事業所の多くの職員が参加する「報告会」で発表する体制としくみとしている。</li> <li>・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。今回の受審結果については、まずは管理者が整理して、他の職員の意見も聞きながら改善計画を策定し、取り組んでいく方針である。</li> <li>・厚生労働省が示す「児童発達支援ガイドライン」や「放課後等デイサービスガイドライン」に基づく自己評価(事業所、保護者)を毎年度実施している。保護者からの意見に対しては、事業所として「改善できること」「改善できないこと」の双方をまとめて保護者に返している。なお、それらの結果は、倉敷市役所および法人のホームページで公開している。</li> </ul>	

【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)70.6% b)17.6% c)5.9% 無回答)5.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の方針として、各事業所に対して、第三者評価やガイドラインに基づく自己評価の実施によって事業所の課題を明らかにし、その改善に向けた計画的な取り組みを実施するように促している。</li> <li>・当事業所では、法人の方針に則って、改善に向けた取り組みを計画的に具体化している。今回の第三者評価の結果に対しても、同様に取り組む方針である。</li> </ul>	

## II 組織の運営管理

### II-1 管理者の責任とリーダーシップ

#### II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

【10】II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	b
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)82.4% b)17.6% 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"> <li>・管理者の責任と権限は、法人の組織規程に基づく「職務権限一覧表」や「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、職員の職務・役割階層ごとに求められる「期待像」と、それに照らした「役割基準」が明示されている。</li> <li>・管理者は、2022年4月に就任したところであるが、以前にも当事業所における勤務経験があり、また法人内の他事業所の管理者であった経験もある保育士である。また、管理者は「ひかり」の児童発達支援管理責任者を兼務し、法人の「広報メディア委員会」に所属し、その委員長として活動している。</li> <li>・管理者自身は「利用する子どもとその保護者に対して、楽しく子育てができるように可能な限りの支援をしたい、それができる職員を育成したい」と考えている。そのために取り組むべき課題としては、当事業所の稼働率の向上による経営の安定化と、当事業所を広く周知する取り組みの強化、また採用1～2年目の職員が複数名いる一方で産休や病気休暇中の職員もいることから、職員体制の整備を行いたいとしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者には、法人の方針に基づきながら、稼働率の向上や職員育成などの事業所の抱える課題を明確化するとともに、職員とともに具体的な課題解決に取り組んでいく役割と責任が求められる。さらなる取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

【11】Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b
	b) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)94.1% b)5.9% 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"> <li>・管理者は、関係機関の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把握とその理解に努めている。また、疑問が生じた場合には、上席の職員や法人本部に確認している。</li> <li>・職員配置、加算算定の要件、虐待防止や身体拘束禁止に関することには特に注意を払い、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、必要に応じて職員会議や事業所内研修を通じて職員への周知にも努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者として遵守すべき法令等は、児童福祉法、児童虐待防止法などの提供サービスに関連するものもとより、メンタルヘルスやハラスメントを含めた労務管理の法令、建物・設備や災害への備えに関する法令など多様である。そのため、法人本部のバックアップを得ながらも、自ら進んで理解を深める努力が求められる。</li> <li>・また、それらの法令について、同様の理解を職員に促すためのリーダーシップの発揮も必要である。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

【12】Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、その取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を落ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)76.5% b)23.5% 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"> <li>・管理者は、当事業所は経験が少なく力量が十分ではない職員が多いことから、現状の課題として職員育成の取り組みが急務であると認識している。そのため管理者は、職員の言動で気になったことがあれば「職員会議」で注意喚起を行うとともに、児童発達支援管理責任者とともにクラスに入り、自ら子どもの支援にあたるなど、一人ひとりの職員に対して必要な実践指導が行えるように努めている。</li> <li>・特に現状では「ひかり」は日々の子どもの利用者数が少ないため、配属の職員に対し、サービス提供時間の終了後に看護師や言語療法士が講師となって「医療的ケア」に関する基礎知識の勉強会を開催しているほか、さらに「きらり」や併設する倉敷学園の研修の取り組みへの参加を促すなど、学ぶ機会が多く得られるように配慮している。</li> <li>・また、正規職員か嘱託職員であるかを問わず、管理者は職員一人ひとりと面談する機会を設け、各職員の育成の課題などについて確認し、話し合っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、勤務年数が少ない若手の職員が多いことや、利用する子どもの人数が少ないことで、当事業所の職員が全体的に経験値を上げられないことを課題として捉えている。一方で、児童発達支援管理責任者は、任せられる職員が少ないために、自らが動かざるを得ない場面があり、ジレンマを抱えている。</li> <li>・管理者には、サービスの質に関して当事業所の課題を明確にしながら、組織全体の質の向上を図るための体制づくりや役割分担を進めること、そのために必要な計画づくりなどにおいて指導力を発揮することが求められている。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

【13】Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 70. 6% b) 23. 5% c) 0. 0% 無回答) 5. 9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人事、労務、財務等に関しては主に法人本部が取り組み、役割を担っている。</li> <li>・そのため、当事業所の管理者は人事、労務等には直接的には関与していないが、稼働率が目標に到達せず、経営の安定化を重要な課題として認識しているため、月ごとの利用者の動向等を「拠点ミーティング」で報告し、法人内における課題の共有に努めている。</li> <li>・管理者は、職員間の相談や実務についての実効性を高めるため、事務所内に職員のデスクを増やせるように、法人や併設する児童発達支援センターとの調整を行うなど、職員の業務の効率化のための工夫に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人事、労務、財務等に関しては主に法人本部が担うしくみであり、法人として業務の標準化、ICT化の促進、サポートセンターによる業務改善など、業務の効率化や経営改善などに努めている。</li> <li>・当事業所の管理者に求められていることは、上記のような法人の取り組みを理解し、そのなかで自らの役割を踏まえて、事業所内においてより適切に業務の実効性を高められるよう指導力を発揮し、実現に向けて取り組みを進めていくことである。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

## 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) 52. 9% b) 35. 3% c) 5. 9% 無回答) 5. 9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として人財の確保と定着を進めるために「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整えている。そのしくみは「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を明示し、キャリアアップ支援の職員研修体系や人事評価制度と連動させようとするものである。</li> <li>・法人は、職員の確保と育成に一体的に取り組むため、今年度は委員会体制を「人財定着委員会」「人財確保委員会」「人財育成委員会」に再編し、新たな人財マネジメントのあり方やその体制について検討している。</li> <li>・人財定着委員会は、嘱託職員の業務の見える化、職員の入退職状況の把握、職務基準書に基づく各専門職の業務の標準化についての検討を行っている。</li> <li>・人財確保委員会は、採用活動を担当し、具体的にはホームページやSNS(ソーシャル・ネットワーキング・サービス)を活用したPRや求人情報の掲載、法人説明会(オンライン)や見学会の開催、職員紹介制度の取り組みなどを行い、なかでも委員会として特にインターネットを活用した採用活動に力を入れている。</li> <li>・人財育成委員会は、考課者研修、キャリアパス研修、専門職研修などを行っている。</li> <li>・採用や異動は法人全体で行うため、当事業所が直接的に関わることはないが、管理者自身は母校の福祉系大学で当法人について学生に紹介する機会を得て、PRに努めている。</li> <li>・管理者が当事業所の職員体制に関して法人本部に意見・要望を伝える機会があるので、現状を踏まえた要請を行っている。現状は、当事業所には保育士や介護福祉士のほか、看護師、理学療法士、作業療法士、公認心理師を配置している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として人財確保と定着に関する体制の整備に努めている。当事業所では、人事異動によって経験の少ない職員が多い職場体制になっていることに苦慮している側面があり、また専門職(看護師等)の育成と活用の取り組みについても十分とは言えない。</li> <li>・法人は「看護師連絡会」や「セラピスト連絡会」を設け、それぞれで情報交換などを行っているが、それらの専門職を法人・事業所としてどう育成し、活用を図っていくのかについての方針や具体的な取り組みなどは明確には示されていない。さらなる取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

【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。	a
	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)70.6% b)23.5% c)0.0% 無回答)5.9%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員のためのキャリアアップのしくみの一つとして「業務目標管理評価制度」を整備している。この制度では、職員の職位・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、人事考課による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・目標管理評価シート、要素別評価シート、キャリアアップ能力開発目標シートを用いて、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するしくみである。</li> <li>・これらは「キャリアパス運営手引き」などにまとめて明示されているほか、法人のブランドブックにも「期待する職員像」が明示され、職員一人ひとりに配布している。</li> <li>・法人は、委員会体制を再編し、人材マネジメント全体のあり方についての見直しを進めている。</li> </ul>	

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。	a
	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)76.5% b)17.6% c)0.0% 無回答)5.9%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として勤怠管理を電子化し、出勤、退勤、残業申請、残業事後報告などを管理している。管理者は、システム上で職員の労働状況や有給休暇の取得状況を把握している。また、嘱託職員からは働きやすい時間帯についての相談を受け、調整に努めている。なお、当事業所においては残業となることは少ない。</li> <li>・当事業所では、一部の職員は同じ敷地内にある企業主導型保育所「くりのおうち保育園」を利用している。そのため、保育参観日などには、1時間単位の有給休暇を取得することで出席できるようにしている。</li> <li>・管理者あるいは児童発達支援管理責任者は、個々の職員との日常的なやりとりや人事考課面接の際に、職員の意向の把握に努めている。また、法人は「ハラスメント」に関する相談窓口や法律事務所への公益通報のしくみを設けている。</li> <li>・福利厚生制度としては、ソウエルクラブ(社会福祉法人福利厚生センター)や岡山県社会福祉協議会の「岡山県民間社会福祉従事者育成制度」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を設けている。また、当法人の職員向けに、上記の企業主導型保育所「くりのおうち保育園」を開設している。</li> <li>・法人は、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を確認し、宣言事業所として登録する「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)の取り組みに参加している。当事業所も、法人の宣言事業所の一つとして登録されている。</li> </ul>	

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。	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)76.5% b)23.5% 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"> <li>・法人としてブランドブックに「期待する職員像」を明示し、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」で「人材の育成の方針」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)を運動させ、職員一人ひとりを育成する体制が整備されている。</li> <li>・目標管理では、法人は初任者・中堅職員など職員の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」等の所定の様式で目標を立て、上席の職員との面接でその内容を決定している。目標の進捗管理は、目標の設定時(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。</li> <li>・当事業所では、嘱託職員についても独自に、法人による上記の正職員の目標管理面接の機会に併せて面接を実施している(年3回)。当事業所では、嘱託職員も主たる担当者として役割を担う場合が多いため、業務上の「困りごと」や「気になっていること」などの把握に努めている。</li> </ul>	

【18】Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		評価
判断基準	a)組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
	b)組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	
	c)組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)94.1% b)5.9% 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"> <li>・法人はキャリアアップのしくみの一つとして「キャリアアップ支援の職員研修体系」を整備し、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。</li> <li>・OJTについては、新任職員の早期育成を目的とする「クムパートナー制度」を設けている。これは、新任職員を個別に担当する先輩職員である「クムパートナー」を任命し、社会人・職業人としての育成を図るしくみである。</li> <li>・OFF-JTについては、法人による常勤職員対象の階層別研修、嘱託・中途正規職員対象の研修、災害対策やリスク管理などの研修、法人が設置する各委員会が主導する研修(感染症など)、事業所内の研修、外部の研修機関による研修などに区分している。</li> <li>・法人は、今年度の『支援のあり方ブック』を作成し、そのなかで法人内の各事業所で実施してきた「自立、尊厳、ハビリテーション」の考え方、発達道のすじ等の取り組みをまとめている。これを全職員に配布し、中途採用対象の研修などで参照している。</li> <li>・事業所では、職員会議の機会に合わせて行う事業所内研修、看護師や理学療法士を講師として職員が子どもの療育に関する医療的知識を学ぶ研修(「支援をenjoyするための研修」「医療的ケアの知識を高めるための研修」)などを実施している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として職員研修の体系を整備し、教育・研修に取り組んでいる。しかし、事業所内で行う研修に関しては、テーマは管理者がそのつど決めて実施しているため、計画的な研修の取り組みであるとは言えない。また、看護師、理学療法士、作業療法士等の専門職の育成に関しても、その方針や計画が明確ではない。</li> <li>・今後は、事業所内における研修課題の明確化と、計画的な研修の実施、さらには専門職の育成や教育・研修のあり方についての検討が求められる。</li> </ul>	

【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)76.5% b)17.6% c)0.0% 無回答)5.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人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。同制度は「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と相談対応を日常的に行うものである。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、指導を受けている新任職員は、2週間ごとに「研修ノート」に業務に関する所感を書き、クムパートナーはその所感に対するアドバイスをコメントを記入し、指導していくというしくみである。</li> <li>・当事業所の場合は、少人数で経験の少ない職員が多いことから、管理者がほぼ全員のクムパートナーとなっている。</li> <li>・法人による階層別研修は対象者が特定されているため、当事業所では対象となる職員を参加させている。外部の研修機関による研修の受講については、管理者が内容に応じて候補の職員を決め、併設の倉敷学園にも相談した上で参加させている。</li> <li>・法人は、非常勤職員(嘱託職員)を含む全職員を対象とする研修(理念研修)、嘱託・中途正規職員を対象とする研修などを行っている。</li> <li>・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。</li> <li>・事業所では、職員会議の際の事業所内研修のほか、医療的な知識を学ぶ研修(「支援をenjoyするための研修」「医療的ケアの知識を高めるための研修」など)を実施して、ほぼ職員の全員が研修に参加している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人による階層別研修やテーマごとの研修、組織的なOJTなどによって、非常勤職員を含めて職員一人ひとりの研修の機会を確保することに努めている。</li> <li>・しかし、看護師、理学療法士、作業療法士等の専門職の教育・研修のあり方については課題であり、検討が求められる。</li> </ul>	

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

【20】Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		評価
判断基準	a)実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	b
	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)47.1% b)41.2% c)5.9% 無回答)5.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、介護福祉士の実習生の受け入れ実績(1件)がある。なお、コロナ禍の感染状況の推移によっては、実習生の受け入れが再び行えるように、養成校の説明会に参加する機会は設けている。</li> <li>・直接的な受け入れではないが、併設する児童発達支援センターの実習生のプログラムの一部として、当事業所がその実習に協力する機会がある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療的ケアを必要とする子どもを受け入れている事業所であるため、コロナ禍における実習生の受け入れには慎重である。</li> <li>・今後の感染状況などを見極めながらの取り組みとなるが、併設の倉敷学園との協力体制のなかで、より積極的に実習生の受け入れて福祉人材の育成に寄与していくことが望まれる。</li> </ul>	

## 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)87.5% b)6.3% c)0.0% 無回答)6.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページおよびSNS(Instagram)を開設し、いずれも当事業所の管理者が委員長を務める法人の「広報メディア委員会」がその運営を担当している。</li> <li>・ホームページには、法人概要、事業案内、公開情報(財務情報、第三者評価の受審結果、事業計画・事業報告など)、採用情報などを掲載している。そのなかで、各事業所が日常的な支援の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更新する方針を打ち出し、当事業所ではその方針に則って、活動内容、子どもの日々の様子などを、月1回を目標に更新している。</li> <li>・法人の広報誌『くもレだより ふれあい』を年3~4回発行(約1,000部)発行し、利用者や後援会会員などに配布している。</li> <li>・2020年度から年度ごとに「くもレポート」を発行し、関係機関や利用者家族に配布している。前年度の事業報告、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)、新年度事業計画等を掲載し、明示している。それらの内容の掲載にあたっては、写真、数値、イラスト等を多用し、読みやすく、わかりやすいよう工夫に努めている。</li> <li>・なお、苦情・相談の受付・解決体制や、苦情の内容やその対応に関する情報公開については、法人として実施方法や内容について現在検討中である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、ホームページ、SNSおよび複数の広報誌によって、法人の基本理念はもとより、日常的な各事業所の活動内容、第三者評価の受審結果、財務諸表などを積極的に公表・公開し、事業運営の透明性の確保に努めている。</li> <li>・なお、苦情対応等についての公開については検討中であり、今後の取り組みを期待する。</li> </ul>	

【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)64.7% b)29.4% c)0.0% 無回答)5.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として経理規程および経理規程細則を定め、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、経理上の基準などを規定して、適切な経理事務の実施に努めている。また、内部監査規程や内部管理体制の基本方針を定めている。なお、これらの実務については、法人本部が担当している。</li> <li>・法人では公認会計士に業務を委嘱し、その指導を受けている。</li> </ul>	



## 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)47.1% b)52.9% 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"> <li>・法人は「誰もがその人らしく生きる地域・社会を目指すこと」を、基本理念や中期経営計画に、明確に掲げている。</li> <li>・当事業所は、子育てに関する個々の保護者の「困りごと」などに応じて利用できそうなサービス等の社会資源に関する情報を提供している。また、マガジラックにチラシを入れたり、ケアコラボの情報共有機能を活用して子どもや家族が利用できそうな社会資源について紹介している。例えば、同じ敷地内の地域交流拠点「ひろば栗の家(おうち)」のイベント、入浴支援が提供できる事業者、送迎サービス事業者、倉敷市の総合療育相談センター「ゆめばる」の関連イベントなどの開催情報を紹介している。</li> <li>・事業所周辺の水田では、地域の農家や同じ敷地内の事業所を利用する子ども・職員と共同で「稲作」の活動に取り組み、当事業所を利用する子どもも、その活動に参加し、体験を広げる機会を設けている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもや家族が利用できそうな行政サービスや、法人内で実施しているイベントなどに関する情報の提供に努めているが、子どもの多くは当事業所を幼稚園や保育所等の補助的な位置づけで利用しているということもあり、現状の取り組みは情報提供の範囲にとどまっている。</li> <li>・今後は「地域とともに」という法人の理念に則り、併設の倉敷学園や敷地内の地域交流拠点「ひろば栗の家(おうち)」などとも連携しながら、子どもと家族が地域との交流を広げるための取り組みを、さらに強化していくことを期待する。</li> </ul>	

【24】Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		評価
判断基準	a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	b
	b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)70.6% b)23.5% c)0.0% 無回答)5.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は「地域共生社会づくり」の一環として位置づけ、各事業所の取り組みや季節イベント等のボランティアを常時募集している(ホームページに掲載)。おボランティア活動者には「くもしいきポイント」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。なお、当事業所も受入事業所の一つになっている。</li> <li>・法人として、ボランティアの受入れに関する手順書を整備し、受付の流れなどを明示している。当事業所は、花壇・園芸活動、戸外活動などにボランティアを受け入れている。</li> <li>・上記のほか、当事業所は岡山県福祉人材センター主催の「高校生の福祉職場インターンシップ」(各年度)の受入施設の一つとなっており、夏季休暇期間の数日間、高校生の福祉職場体験の機会を提供している。</li> <li>・事業所では、小学校に進学した卒園児が遊びに来て、現在利用している子どもの遊び相手になる機会があり、それもボランティア活動の一つとして位置づけている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人としてボランティアを受け入れる姿勢としくみを整え、当事業所もその受け皿の一つとして位置づけられている。</li> <li>・しかし、事業所の主体的な取り組みとしてどの程度の位置づけとなっているかは明確でなく、職員自己評価の結果も、職員ごとの理解にはばらつきが見られる。利用する子どもの生活を充実させる観点からはもとより、事業所の活動の広がりとしてもボランティア活動の充実は重要であり、さらなる主体的な取り組みを行うよう期待する。</li> </ul>	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

【25】Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		評価
判断基準	a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	b
	b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.7% b)35.3% 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"> <li>・関係機関とは、個々の子どもの状況に応じて、子どもが利用している保育所・幼稚園、かかりつけ医、訪問看護ステーション、相談支援事業所(相談支援専門員)と連携している。また、そのことについては、職員間で情報共有している。</li> <li>・保護者の了解が得られれば、ケアコラポに関係機関が登録し、子どもに関する情報を共有することができる。他の法人の事業所との間で情報共有している事例もある。なお、公立保育所については、行政のサーバーシステムの環境から、情報共有することはできない。</li> <li>・子どもの状況に応じて、利用している保育所などを訪問し、情報共有を図っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の訪問看護ステーションとの連携を試みるなど、関係機関との関係づくりの取り組みを始めているが、全体的には個々の子どもに応じた関係機関とのかわりにとどまり、事業所として連携し得る社会資源の明確化やその連携強化などの体系的な連携体制の構築という意味では、現状の取り組みは必ずしも十分ではない。</li> <li>・放課後等デイサービスの利用児に関しては、特別支援学校との連携を強めていきたい意向もあるが、必要な社会資源の明確化と連携強化に関する方針を明示し、取り組みを強化することを期待する。</li> </ul>	

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)76.5% b)23.5% 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"> <li>・法人では「地域社会への貢献」を基本方針の一つとし、地域共生社会づくりと軌を一にするものと位置づけて今期の「中期経営計画2025」に「公益的な取り組み・防災対応の推進」掲げている。</li> <li>・法人は、公益的な事業を行う地域交流拠点を2拠点から5拠点到再編した。当事業所は、そのうちの「おうちだ・栗の家(おうち)」の拠点に属し、その中核的な施設である多機能型重度グループホーム「おうちだ」と、地域交流拠点「ひろば栗の家」をベースにして、それぞれ地域住民とともに地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めている。</li> <li>・当事業所では、主に管理者が上記の活動に参加している。</li> </ul>	

【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)70.0% b)23.5% c)0.0% 無回答)5.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の方針として、地域における公益的な事業活動に取り組んでいる。</li> <li>・新たな拠点体制では、当事業所が所属する「おうちだ・栗の家(おうち)」拠点において、その中核的な施設である多機能型重度グループホーム「おうちだ」と、地域交流拠点「ひろば栗の家」をベースに、それぞれ地域住民とともに「学校との交流」「不登校支援」「認知症カフェ(オレンジカフェ)」「地域防災」などの取り組みを行っている。</li> <li>・上記のうち、事業所が関係するものとして「おうちだ」の児童発達支援・放課後等デイサービスや地域の訪問看護ステーションと共同し、医療的ケアが必要な子どもへの支援や保護者同士の交流、勉強会などを行う「カラフルひろば」や「レインボーランド」などを開催している。</li> <li>・当事業所では、地域共生社会づくりに向けて、①地域で活動すること(買い物や公園・公共機関の利用など)、②きらり中庄終了児・きょうだい児活動を定期開催すること、③ホームページ・SNS・広報誌を活用した情報発信によって地域から認知されることという3つの事業・活動を掲げ、取り組んでいる。</li> </ul>	

### 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。

【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。	a
	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)70.6% b)17.6% c)0.0% 無回答)11.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、職員の入職時に理念研修を実施して「ともに育ち ともに生きる」や「自立、尊厳、ハビリテーション」を伝えている。また、毎年4月に「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基本とするための取り組みが行われている。</li> <li>・また、事業所内研修や法人内研修の際には、職員の行動指針である『クムレ10の心得』を唱和している。なお、全職員対象の研修については、非常勤職員も参加しやすいように時間外手当の支給等の手立てがとられている。</li> <li>・毎年、法人の人権委員会では目標設定を行い、目標への取り組み状況について報告を行っている。</li> <li>・厚生労働省が示す「児童発達支援ガイドライン」を用いて、子どもの権利擁護、虐待対応、子どもの理解と対応などについての研修を全職員参加で実施している。</li> <li>・「気になる行動」については職員会議で話し合い、また、個別支援計画会議も振り返っている。</li> </ul>	

【29】Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		評価
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
	b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。	
	c) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)88.2% b)11.8% 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"> <li>・法人として「個人情報保護規程」を定め、法人ホームページに掲載しているほか、当事業所の重要事項説明書やご利用案内（利用契約時に配布）を用いて説明している。</li> <li>・保護者との情報共有のためのインターネットのアプリケーションを導入したため、利用者等の写真や動画についての個人情報保護についても徹底を期している。</li> <li>・「職務遂行要領書」には、具体的な支援に関する項目が記載されている。例えば、排泄の介助や着脱の介助についての項目では、利用者のプライバシーに関する留意点を記載し、職員に対して周知徹底を図っている。</li> <li>・トイレの使用が困難な寝たきりの子どもの場合はマットを使用している。また、おむつ交換や着替えのときには、他者からの視線などを遮断するためにパーティションで囲うようにしている。</li> </ul>	

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)82.4% b)17.6% 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"> <li>・法人のホームページ、広報誌、クムレレポート、法人内同事業所および当事業所独自のリーフレットを作成し、積極的に情報発信している。市のホームページの児童発達支援センター一覧にも情報提供している。</li> <li>・情報提供先は、倉敷市の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、当事業所や訪問看護ステーションなどのリーフレットを配布し、関係事業所への情報提供と事業所情報の周知を図っている。事業所のリーフレット当は、利用希望者が手に取りやすいようにしている。</li> <li>・法人のホームページや当事業所のリーフレットには、利用者活動の様子、事業所の設備、利用開始までの流れなどについて、写真やイラストも用いて、わかりやすく伝えている。</li> <li>・見学には、利用希望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。子どもが重度障害であるなどの状況から、保護者のみの見学が多い。なお、見学時には、管理者、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について説明し、保護者の疑問には丁寧に答えられるように十分な時間を取っている。</li> <li>・同じ建物内に、児童発達支援センターがある。また、当事業所の利用が難しい場合も、利用できるサービスについてわかりやすく伝えられるように、同じ敷地内の保育所、訪問支援事業、タイムケアサービス、ひろば栗の家の「どんぐりひろば」（遊び、相談）などの他の提供サービスについてパンフレットで紹介している。</li> <li>・リーフレット・パンフレットの内容は、毎年見直しを行っている。</li> </ul>	

【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)82.4% b)17.6% 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"> <li>・利用契約とサービスの開始には随時に対応している。利用が決まった際には親子通園から開始し、初回の利用は半日とし、2回目からは希望に沿って対応している。</li> <li>・当事業所では、継続児に対しても「進級説明会」を実施し、年度ごとに契約を交わしている。なお、不安多い保護者については、職員は個別対応をしている。</li> <li>・サービスの開始に当たっては「職務遂行要領書」の「契約手続き(説明)」の記載内容で明確化している。事前配布物、当日配布物など、必要な書類関係も示され、説明時の留意点についてもわかりやすく記載されている。</li> <li>・契約書や重要事項の内容をわかりやすく視覚化したパワーポイントを使って説明を行っている。契約時の説明内容が十分ではなかった場合も考慮して、初回利用時にも必要な項目について再度説明している。利用料や持ち物など、詳細な情報を伝える必要がある場合には、別紙にその内容をまとめて、保護者等が繰り返し見返すことができるような資料を配布している。</li> <li>・保護者の意向や子どもの様子は、見学時、体験利用時、入園説明会時などの機会に確認を行うとともに、入園申込書に記載してもらおう。なお、職員もインテークシートに記録している。</li> <li>・利用開始時には、関係する他機関との会議の開催はほとんどない。当事業所の側から会議の開催を提案することはあるが、それは稀なケースである。</li> </ul>	

【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	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。	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。	
	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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)76.5% b)23.5% 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"> <li>・他事業所への移行として主なものは、子どもの進学や保育所などへの移行である。</li> <li>・関係機関も参加する個別支援会議の開催計画はないが、その必要がある場合は移行先への訪問を行い、意見交換で引き継ぎをすることがある。また、移行後の訪問にすることがある。</li> <li>・移行先に提供する資料として、利用者の様子を「引き継ぎノート」にまとめている。また、写真や文書なども用いて、保護者に申し送りをしている</li> <li>・卒園者に対しては「活動冊子」を渡し、利用終了後も参加できる法人内の関係事業所等で取り組んでいる「終了児が集える行事や場所」などについて紹介している。</li> <li>・利用終了後も、ケアラボを活用し、いつでも相談できることを伝えている。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

【33】Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)52.9% b)41.2% c)0.0% 無回答)5.9%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保護者の満足度を把握するための方法として、制度化されている「保護者等からの児童発達支援事業所評価」として、アンケート調査を年1回実施している。放課後等デイサービスについても同様である。</li> <li>・アンケートで把握した保護者からの意見等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て修正した上で行政に報告・公表している。また、法人のホームページに掲載し、公開している。このアンケートに寄せられた保護者からの意見への対応や今後の取り組みなどが記載されている。なお、アンケート調査の結果について、保護者に対しては事業所の『きらり通信』で報告している。</li> <li>・利用者の満足度や支援内容および事業所に対する意見などの把握については、個別支援計画の作成時やモニタリング時の個別面談で確認している。一方、保護者に参加を呼びかける「茶話会」は、保護者同士、あるいは保護者と職員が気軽に意見交換できる場として計画している。ただし、今年度は1回だけの開催で、参加者数も数名程度で少なく、開催の工夫が必要であるとしている。</li> <li>・今回の第三者評価の利用者(保護者)アンケート調査の結果は、全24項目の質問項目について全般に肯定率が高く、事業所に対する総合的な満足度についても同様の傾向である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所に対する利用者の満足度を把握し、その結果を利用者サービスの改善につなげていくためのしくみが必要であり、そのためには「茶話会」などにも保護者の参加を促すような取組みの工夫が求められる。</li> <li>・第三者評価のアンケート調査に寄せられた意見や要望などを取り上げ、サービスの提供に活かしていく取組みや、利用者への結果の報告や公開などの方法についても検討することを期待する。</li> </ul>	

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)82.4% b)11.8% c)0.0% 無回答)5.9%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情等の受付や解決のしくみについては、受付担当者、責任者、行政等の相談窓口、第三者委員について「重要事項説明書」で説明し、第三者委員の連絡先を明示したポスターを玄関に掲示している。今回の第三者評価で実施した利用者(保護者)アンケート調査の結果でも、苦情受付窓口の周知に関する肯定率は高い。</li> <li>・また、玄関には「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」を玄関外の門扉に設置しているが、この「意見箱」が利用されることは少ない。</li> <li>・受け付けた苦情には「苦情解決マニュアル」に沿って対応している。受付記録である「意見・苦情・要望シート」を活用し、結果報告書を作成して保管するとともに、法人本部にも苦情を報告する。また、次号の『きらり通信』に苦情の内容と改善策を掲載し、保護者全体に周知している。</li> <li>・送迎時の保護者とのやり取りや連絡帳を通じて把握した保護者からの意見や苦情については、それへの対応等を職員会議のなかで検討し、周知している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第三者委員の位置づけやその活用について、当事業所は未検討であるが、苦情受付・改善の制度のみの活用にとどまらない視点からの検討を期待する。</li> <li>・苦情解決の結果の公表は、保護者向けにとどまっている。しかし、社会福祉法人の事業の運営には、より高い透明性が求められ、その一環としての苦情などの公表が義務づけられている。法人の方針として「事業報告書」や「広報誌」等に苦情解決結果の公表を行うことについて、今後の検討を期待する。</li> <li>・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。</li> </ul>	

【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)70.0% b)29.4% 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"> <li>・利用者や家族が職員に相談したり、事業所に対して意見を述べる際の窓口については「重要事項説明書」に掲載し、利用開始時に説明を行っている。</li> <li>・連絡帳、電話、インターネット情報共有・介護記録システム「ケアコラボ」などのほか、送迎時の会話のなかで、保護者からの相談や意見を受けられるようにしている。</li> <li>・なお、ケアコラボの導入によって、相談や意見を把握するためのツールの幅が広がった。現在では、会話、書面、電子媒体など、保護者が使いやすいツールを選択して相談したり、意見が述べられるようになっている。</li> <li>・保護者等からの相談に、面会して対応する場合は、外部からの視線を遮断できるように「相談室」で行っている。</li> </ul>	

【36】Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。		評価
判断基準	a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	a
	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、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)88.2% b)11.8% 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"> <li>・利用者や保護者からの相談や意見は、連絡帳、ケアコラボ、送迎時のやりとり、個別面談など、さまざまな場面で受けられるようにしている。保護者から気軽に声をかけてもらえるような雰囲気づくりにも努めている。</li> <li>・相談を受けた際には管理者に報告し、対応内容などについてを検討した上で保護者に伝えている。なお、相談等を受け付けた内容については記録を行う。受け付けた相談の内容や対応した内容については、必要に応じて申し送りを行い、職員会議の場で報告し、共有している。</li> <li>・受け付けた内容を検討した上で、職員が即座に回答することが難しい場合には、保護者に対してその理由を説明し、期日を決めて回答するようにしている。</li> </ul>	

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) 76.5% b) 17.6% c) 5.9% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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」が設置され、取り組みを行っている。また「職務遂行要領書」の項目として「緊急時対応項目」が6項目取り上げられている。職員は、緊急時対応について、それらの6つの各項目に応じた具体的な業務内容、動き、留意点などを記載している。</li> <li>・「気づき」「ヒヤリハット」「事故」については、その段階が明確にさてている。そのなかで、職員が「ヒヤリハット」に至る前段階で危険に気づくことができるように「気づき月間」を設けて、職員ごとに記入用紙を数枚ずつ配布し、報告する取り組みを行っている。なお「ヒヤリハット」については「拠点会議」に報告している。その際に、主な要因をグラフ化して分析結果を視覚化し、わかりやすくして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、法人ホームページで公表している。</li> <li>・事故、けが、ヒヤリハットがあった場合には、その日のうちに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。事故やヒヤリハットなどについては「事故発生処理報告書」「ヒヤリハット発生処理報告書」への記載を行う。事故については、発生から概ね1カ月後に再発についての確認を行うプロセスで対応している。</li> <li>・当事業所で発生した事故以外にも、類似した事故については、事例に基づいて再発防止策を検討している。</li> <li>・行事や活動の前には、職員に対してKYT(危険予知訓練)の研修を実施し、写真を使いながら、どのような危険が起こり得るのか、そのときにどう対応するのかについての想定を行い、実際の事故が起こらないように備えている。</li> <li>・安全点検表を使用したチェックを行うことにより、当事業所の環境・設備面の安全性について確認している。また、地元警察署の協力も得て、不審者対応や交通安全研修などを実施している</li> <li>・酸素吸入が必要な子どもの場合は、当事業所ではそれぞれ子どもの家庭から酸素ボンベを預かっている。看護師が常勤で勤務しているのので、子どものけが等については適切な対応や処置が行われている。</li> </ul>	

【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) 100.0% b) 0.0% 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"> <li>・法人として感染症BCPを策定し、責任と役割を明確にした管理体制が敷かれている。また、法人の「看護師会」や「感染症対策委員会」で対応マニュアルの整備を行っている。なお、対応マニュアルは各職員に配布し、十分な活用を目指して勉強会を実施している。</li> <li>・当事業所では、職員、園児ともに毎日の健康チェックを行うとともに、消毒、換気などの感染症予防対策を励行している。</li> <li>・予防接種のスケジュールや感染症の登園基準などは「ご利用案内」に掲載して利用者や保護者に配布し、それらの内容への理解について協力を依頼している。また事業所の『きらり通信』や看護師による『健康だより』で、新型コロナウイルス感染症だけでなく、インフルエンザ、ノロウイルス感染等に対して注意喚起を行い、対策を伝えている。</li> <li>・当事業所には看護師が常勤しているため、職員にとっては、感染症対策についても直接の指導・助言を受けやすい環境である。</li> </ul>	



【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)76.5% b)23.5% 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"> <li>・法人BCPに基づき、拠点の6事業所で協働してBCPを策定している。また、当事業所の「職務遂行要領書」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るので、そのICT化を検討している。災害マニュアルについては、利用開始時に保護者にも説明している。</li> <li>・毎月、避難訓練を実施している。保護者への連絡対応訓練(セコムメールによる)も実施している。</li> <li>・非常災害時用の食料、飲料水の備蓄を行い、法人が負担して医療的ケア児のためのペースト食やアレルギー食についても備蓄を行い、液体ミルクは缶で預かっている。</li> <li>・当事業所は、地区の一次避難所であり、毛布や食料など災害時の地区住民の備蓄の保管場所ともなっている。なお、町内会の合同災害対応訓練の実施を予定していたが、コロナ禍のために実施できなかった。浸水被害が起こることが判明したので、今後の適切な避難場所の選定・確保については、町内会に参加して一緒に検討を行っている。</li> <li>・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、当事業所外の子どもについての対応も検討している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬を常時行っている子どもの場合は、必要な薬を毎日持参しているが、帰宅困難を想定した薬の保管が行われていない。子ども一人ひとりの状況によって、災害に向けて備えるべきものは異なる。それぞれの子どもの状況に応じた備蓄について見直しを行うことを期待する。</li> <li>・BCPは見直し中であり、職員への周知には至っていない。当事業所では、水害発生時の垂直避難は、重症心身障害児の場合は介助のマンパワー不足により、現状では対応が困難で不安があるので、取り組みに期待する。</li> </ul>	

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

#### Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

【40】Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。		評価
判断基準	a) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいた福祉サービスが実施されている。	a
	b) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)76.5% b)17.6% c)0.0% 無回答)5.9%であった</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所で作成されているマニュアルとしては、感染症対応、虐待防止、苦情対応などのリスクマネジメントに関するマニュアルや、身体拘束ガイドラインであり、制度上、作成が必要とされているものである。</li> <li>・支援に関する標準化が必要な項目は、当事業所では「職務遂行要領書」としてまとめている。職員としての心得と基本的な業務に始まり、直接的な支援のみにとどまらず、家族支援、記録、環境整備、他機関との連携などの10項目が取り上げられている。当事業所の「職務遂行要領書」は、各職員に配布されている。</li> <li>・当法人ではOJTを行う「クムパートナー」が全職員に対して決まっているので、このクムパートナー制度のもとに、標準的な実施方法が実践されているか否かについて、個別に確認を行う機会がある。</li> <li>・当事業所の「職務遂行要領書」は、昨年度に法人内で同じ機能を持つ事業所の管理者による見直し・改定が行われた。そのなかで、手順書的な内容にとどまらない、例えば子どもの権利擁護やプライバシー保護に配慮した支援を行うための留意点などが記載されている。ただし「職務遂行要領書」は文字だけで構成されているため、職員にとってのわかりやすさの観点から、さらなる検討を行うことを期待する。</li> </ul>	

【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)76.5% b)11.8% c)5.9% 無回答)5.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常的な支援内容に関して、当事業所では、必要なつど話し合う機会があり、そのなかで常に改善に取り組んでいる。また、現状では「職務遂行要領書」の見直しは年1回であり、要領等に変更があった場合は、そのつど対応している。また、感染症に関するマニュアルなど、看護師が担当しているマニュアルも、同様に見直しを行っている。</li> <li>・なお厚生労働省が示す「児童発達支援ガイドライン」に基づいて、当事業所では自己評価と保護者調査を毎年行っているが、そこで出された意見の活用方法をはじめとし、今後の制度改正についても意識した上で、標準的な実施方法について見直ししていくことを期待する。</li> </ul>	

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)82.4% b)11.8% c)0.0% 無回答)5.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画の策定は、児童発達支援管理責任者のもとで行われている。アセスメントは個別支援計画を作成するために必要な情報であり、当事業所では、その手順を「職務遂行要領書」に定め、取り組んでいる。</li> <li>・見学時には、保護者に対して、日常生活聞き取りシート(アセスメント)への基本情報、保護者としての要望、かかりつけ医についての記載を依頼している。それらの情報は、利用開始時に改めて保護者と面談を行って確認するとともに、追記を行っている。</li> <li>・保護者面談で、職員は利用者や保護者の意向やニーズを丁寧に聞き取り、アセスメントから得られた子どもの状況を共有している。なお、個別支援計画の作成後は、再度、保護者と懇談を行い、計画について決定、修正を行った上で、発達支援(療育)を開始している。</li> <li>・アセスメントシートには、社会性、理解、記憶、受容、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。なお、重症心身障害児や医療的ケア児に対応する「ひかり」では、チェック項目を一部変更して実施している。</li> <li>・職員は、利用児の発達状況を「KIDS乳幼児発達スケール」や「太田ステージ評価」などの簡易な発達検査で確認するとともに、研修等からも学んで確認できるようにしている。</li> <li>・一方、必要に応じて法人の言語聴覚士からの意見、かかりつけ医療機関における検査結果なども保護者から確認して、子どもの状況のアセスメントに活用している。また、個別支援計画の原案は担当が作成し、児童発達支援管理責任者や専門職も参加する「クラス会議」で原案についての検討を行い、同意を得て決定している。</li> <li>・支援が困難な子どもへの対応は、倉敷市の総合療育相談センター「ゆめばる」、子ども相談センター、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実施している。</li> </ul>	

【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)82.4% b)11.8% c)0.0% 無回答)5.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画の評価・見直しは、日々の支援の終了後、担当職員が計画の進捗状況、子どもの体調、家族の状況、保育施設等や家庭での様子、職員のかかわり方などについて振り返り、支援にかかわる職員間で共有して、さらに毎月のクラス会議においても、支援に関わる職員、看護師等で子ども・保護者の支援内容について確認し、検討している。</li> <li>・毎月のクラス会議における確認を踏まえながら、半年ごとの保護者面談や関係機関からの情報収集に基づいてモニタリングを行い、個別支援計画の見直しを行っている。</li> <li>・保護者面談については、保護者が参加しやすいように日程を調整して開催した上で、子どもに対する思いや要望等を保護者から丁寧に聞き取るように努めている。保護者からは、半年ごとの子どもの支援状況に関して「子どもの成長を感じ、喜んでいる」という記載が見られる。</li> <li>・個別支援計画を緊急に変更する場合は、クラス会議を随時開催し、改めて計画を変更して作成している。医療に関わることであれば、計画をいったん打ち切り、見直しを行うしくみとしている。</li> <li>・なお、個別支援計画の評価・見直しについては、必要な手順が「職務遂行要領書」に記載されている。</li> </ul>	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

【44】Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	a
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が記録されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)82.4% b)11.8% c)0.0% 無回答)5.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもの個別記録は、インターネット情報共有システム・介護記録システム「ケアコラボ」を活用している。なお、記録の入力時には、キーワードを統一している。また、キーワードを使った検索で、必要な情報を取り出せるようにしている。</li> <li>・ケアコラボには、毎日の支援の終了後に担当職員の個別支援計画に基づく振り返りを記録するとともに、子どもに関する情報等も入力することで、計画の進捗状況がわかるようになっている。</li> <li>・保護者が利用するケアコラボについては、写真や動画等も活用し、子どもに関する活動や支援内容などの介護記録を入力し、情報共有も行うツールとして導入していることを、重要事項説明書を用いて利用開始時に説明し、保護者に対して理解を求めている。ただし、保護者の要望に応じて、ケアコラボではなく、紙ベースによる記録にも対応している。</li> <li>・子どもに関する資料は、個別支援計画をはじめ、すべて紙面でもファイリングを行い、保管している。</li> <li>・記録の書き方については、業務日誌以外については特に定めていないが、ケアコラボに関しては、公開する前に上層部の職員が目を通し、チェックを行っている。</li> <li>・法人の会議録の内容や連絡事項については、情報共有グループウェア「WaWaOffice」を活用し、共有が図られている。</li> </ul>	

【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。	a
	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)76.5% b)17.6% c)0.0% 無回答)5.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の個人情報保護規程により、記録の保存、廃棄、開示についての基準が定められ、管理されている。</li> <li>・昨年度までの紙媒体の記録は、鍵付きの書庫で保管している。紙媒体の記録の保存期間は5年間であるが、当事業所では、業務上、年度をまたいで実質6年間の保存期間後に、重要書類として適正な廃棄処分を行っている。</li> <li>・個人記録はデータベースになる。この取り組みは、記録へのアクセス権限を持つ職員のもとに進められている。</li> <li>・紙媒体の記録には、個別支援計画、クラスノート、会議録等があり、それらの書類は職員室で管理されている。</li> <li>・法人の個人情報保護規程についての説明は、職員に対しては入職時に行い、職員会議でも確認できるようにしている。保護者に対しては、利用契約時に説明している。</li> </ul>	

## ●内容評価基準

### A-1 利用者の尊重と権利擁護

#### A-1-1 自己決定の尊重

【A1】A-1-1-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a
	b) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 82.4% b) 17.6% 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"> <li>・法人の理念である「ともに育ち ともに生きる」を実践するために、職員が大切にしたい支援観として「自立、尊厳、ハビリテーション」と、事業所のありたい姿である「重い障がいがあっても、子ども一人ひとりの可能性を見つけ、将来の選択肢を広げる」を掲げている。そのために、家庭や地域のさまざまな機関(所属先、医療機関、相談員、公的機関、教育機関など)や地域の人々とかかわりを持ち、協力し合える関係づくりを進め、子どもをサポートする体制を構築することに取り組んでいる。</li> <li>・具体的には、支援の際には、子どもが表出する言葉や視線の動きなどについては少しも見逃さないように努め、子どもの意向や主体性を尊重できるようにしている。また、道具(ツール)類や子どもとのかかわり方について工夫を行ったり、環境の整備を行うことで子どもの活動の選択肢を増やし、個別の状況に合わせた支援が提供できるようにしている。さらに、合理的配慮についてはどの子どもにも必要であるとして個別支援計画に位置づけ、保護者の同意のもとに支援を行っている。</li> <li>・子どもの尊重や権利擁護の取り組みについて、職員は法人の研修で学ぶとともに、法人が作成する職員としての心得を謳ったハンドブック(小冊子『クムレ10の心得』)を全職員が携帯し、その理解と共有を図っている。</li> </ul>	

#### 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。	b
	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) 82.4% b) 0.0% c) 11.8% 無回答) 5.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもの権利擁護については、子どもの尊重とともに「子どもの権利条約」の内容も含めて法人の研修で全職員が学ぶ機会を持ち、その理解と共有が図られている。</li> <li>・当事業所では、法人内の保育事業所が作成した「子どもの最善の利益を優先する」という内容の「小ざくら発達の道すじ」も参考にして、子どもの発達支援を行っている。</li> <li>・子どもの権利擁護についての具体的な取り組みについては、支援の提供後には、一人ひとりの子どもに対する職員の支援が適切であったかどうかを職員間で振り返り、次回の支援計画に反映させている。また、毎月のクラス会議や職員会議でも、支援内容について話し合っている。</li> <li>・子どもの虐待や身体拘束については各種のマニュアルを整備し、職員は入職時に法人の研修を受講してそれらについて学んでいる。身体拘束については、活動上やむを得ない場合には保護者に対して説明を行い、同意を得た上で実施しているが、その際には介護記録システム「ケアコラボ」への記載を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、各種のマニュアルを整備するとともに、全職員に研修の受講を促し、さらに個別支援における職員一人ひとりの取り組みを通じて、子どもの権利擁護に関する理解の促進が図られている。</li> <li>・その一方で、子どもへの虐待を防止するための取り組みは、研修の受講と虐待防止マニュアルを通読することにとどまっている。当事業所では「虐待防止については支援会議でも話し合いを行っている」としているが、具体的な取り組みには至っていない状況である。また、保護者に対する積極的な周知や啓発のための取り組みも行われていない。</li> <li>・子どもの権利擁護の観点からも、職員が虐待防止に取り組むことは、社会から課せられた重要な要請でもある。改めて、子どもの発達支援(療育)に携わる者として、全職員が具体的な取り組みを行うことを期待する。</li> </ul>	

## 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)82.4% b)17.6% 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"> <li>・当事業所では、支援の基本として「自律・自立」を重視している。子どもに支援者の思いを押しつけず、子どもが自由に、主体的に意思表示できるように条件を整えた支援が基本であると考え、取り組んでいる。</li> <li>・支援の基本を個別支援計画のなかに位置づけ、子どもの特性を踏まえて、スモールステップで支援を進めている。</li> <li>・アセスメントを通じて子どもの状況を評価し、子どもが自分でできることは自分で行うように促し、見守り、できたときにはしっかりと子どもを褒めるようにしている。</li> <li>・具体的には、子どもが選択できるようにさまざまな提示を行っている。環境設定も、例えば、生活上の支援では、少しずつ年長児の行為（食事、着脱など）を見たり、一緒に過ごしたりすることなどを取り入れている。</li> <li>・子どもにかかわる職員は、子どもの意思の表出を捉えることに注力するとともに、過介入にはならないように「待つ支援」を心がけている。</li> <li>・また、保護者に対しては、子どもを褒めることの大切さを伝え、希望する保護者に対しては、定期的に「ペアレントトレーニング」（親の養育スキル向上のためのプログラム）を提供している。</li> </ul>	

【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)82.4% b)17.6% 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"> <li>・障害の特性から、子どもの言語によるコミュニケーションを行うには、それ以前の子どもから表出される非言語によるコミュニケーションをしっかり受け止めることを大切に考え、職員は支援を実践している。</li> <li>・職員は、子どもとのかかわりを行うにあたっては、子どもの表情、目、口、手足の動きなどから、子どもの気持ちを汲み取ることを意識して取り組んでいる。</li> <li>・子どもの意思の表出のサインを受け止めると同時に、障害の特性を踏まえて作成した「個別支援計画」に基づいて、絵カード、イラスト、写真、実物などを子どもが自分の要求を示すためのツールとして、伝達のツールとして活用できるようにしている。また、機器（道具）を使用して、例えば、事前に職員の声を吹き込んでおき、子どもが自分の気持ちを「イエス」「ノー」のスイッチを押すことで表明し、職員が確認できるようにする取り組みなども試みている。</li> <li>・言語に関するコミュニケーションについては、必要に応じて同法人内の言語聴覚士が来所し、子どものアセスメントを行いながら、口腔機能訓練、嚥下指導、発声訓練などを行っている。</li> <li>・言語聴覚士が来所した際には、当事業所の職員は、ともに子どもへの支援内容についての協議を行ったり、助言を受けたりするなどして連携し、支援に取り組んでいる。</li> </ul>	

【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) 76.5% b) 17.6% c) 0.0% 無回答) 5.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活の場面では、職員は子どもの非言語的な表出サインを丁寧に読み解き、子どもの話したいこと、伝えたいことを見逃さず受け止めることに努めている。子どもに話したい相手があると気づいた場合には、担当者が交代し、反応を確認することもあるとしている。</li> <li>・子どもの思いが通らないなどの場合には「待つ姿勢」で臨んだり、必要に応じて、改めて個別支援の機会を捉えて子どもの意思を受け止めるようにしている。</li> <li>・また、子どもがその活動のなかで自ら選択し、決定できる機会を多くするために、居室の棚の絵カードなどについても子どもから見やすいように配置している。</li> <li>・一方、保護者からの相談や意見などは、日常的には子どもの送迎時や毎日の介護記録システム「ケアコロボ」(連絡帳を兼ねる)でのやりとりで、また半年ごとの聞き取りシートの活用などで把握し、対応や解決を図っている。</li> <li>・保護者アンケート調査では「ケアコロボやメールで気軽に職員に相談できる」という意見がある。なお、保護者からの要望があれば、部屋を確保し、面会での相談にも随時応じている。</li> </ul>		

【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) 94.1% b) 5.9% 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"> <li>・個別支援計画の原案は、厚生労働省が示す「児童発達支援ガイドライン」の発達支援(本人支援、移行支援)、家庭支援、地域支援、当事業所の「ありたい姿」、法人保育所の「小ざくら保育の道すじ」などを参考に子どもの発達過程の理解に努め、その上で障害特性について職員間で話し合い、作成している。</li> <li>・個別支援計画書は、年間を通じた活動などの職員の動きや配慮事項も記載する「集団活動計画書」と組み合わせ実施されている。集団活動の内容は、季節の行事(集まり、歌、製作など)や遊具(プレイエリアでの遊び)や教材を使用した活動、地域との交流(農業、畑、世代間交流など)も取り入れて、子どもの年齢や発達段階に応じて計画し、個別状況に応じた工夫や見直しを適宜行いながら支援を実施している。</li> <li>・具体的な個別支援計画は、子どもの実現したいことや保護者からの要望も受け止めて、例えば長期目標(1年間)では、生活面で子どものできることを増やす、短期目標(6カ月)では、指先の操作性を高める、名詞や動詞などの理解を深めるなどを掲げている。</li> <li>・職員は、日常的には子どもに課題(食具、着脱、ひも通し、マッチング、塗り絵など)を設定して支援を行っている。子どもが不参加の意思を表明したときには、無理強いをせず、改めて場面や日時を変えて参加できるように支援を検討している。</li> <li>・保護者に提供す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、地域などから把握している。なお、当事業所では、ケアコロボなどでも保護者に対する周知を行っている。</li> <li>・個別支援計画のモニタリングは、原則6カ月ごとに実施しているが、担当職員間では、日々の振り返りや毎月の「クラス会議」でも支援内容について話し合っている。その際には、子どもの日中活動や支援内容についての検討や見直しも行われている。</li> </ul>	

【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) 64.7% b) 29.4% c) 0.0% 無回答) 5.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員が子どもの障害について理解を深める機会としては、法人内の専門研修(感覚統合療法など)、事業所内研修などがある。ただし、医療的ケアについての知識や技術を高めるための研修については、これまでには実施されていない。現状は、看護師、作業療法士を中心に、自主的に支援終了後の午後実践的な研修に取り組んでいる。</li> <li>・障害の特性に伴う子どもの行動や生活状況については、クラス会議、職員会議(月2回)で支援内容を検討し、子どもへの対応についての適切な見直しを行っている。</li> <li>・「きらり」の利用者は、自閉スペクトラム症、ADHD(注意欠如、多動症)、限局性学習症など、多様な発達障害を持つ子どもたちである。また「ひかり」の利用者は、重症心身障害(症候性てんかん等)のある医療的ケア児たちである。当事業所では、障害に伴う子ども一人ひとりの特性や生活状況については、アセスメントの過程において職員間で丁寧に把握し、共有を行った上で、その支援に努めている。また、具体的な支援の場で、職員は自分の「気づき」を記録し、支援終了後にはそれらの記録などに基づいて職員間で子どもへの適切なかかわり方や支援方法の見直しなどについて話し合いを行い、次回の支援に活かすようにしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2016年の児童福祉法改正により、医療的ケア児への支援が定められた。これを受けて当事業所では、法人の理念「ともに育ち 共に生きる」や事業所のありたい姿としての「重い障害があっても子ども一人ひとりの可能性を見つけ、伸ばし、将来の選択肢を広げる」のもとに、2017年にいち早く医療的ケア児の受け入れを開始している。発達障害をはじめ、個々の特性に応じた支援には、多職種の職員がかかわることになる。当事業所においてもそれぞれの職種が一体となり、支援に努めている。</li> <li>・しかし現状では、法人内の職員異動などで職員の在職年数が短くなり、発達支援(療育)の経験者が少なくなってきたことが課題となっている。法人内の研修の実施にとどまらず、特に医療的ケア児のためのプログラミングや学びの機会を広げることが期待される。</li> </ul>	

A-2-(2) 日常的な生活支援

【A8】A-2-(2)-① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。	a
	b) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 88.2% b) 5.9% c) 0.0% 無回答) 5.9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事の支援については、利用開始時に保護者と面談し、子どもの食事の状況について聞き取りを行い、また「食事提供についての調査票」を活用して子ども一人ひとりの状況を把握している。また、嚥下機能などに関するアセスメントを行い、支援計画を作成する。</li> <li>・当事業所内に厨房があり、法人内の管理栄養士が献立を作成し、給食を提供している。給食の提供にあたっては、毎月「給食会議」を開催し、この会議には厨房の職員、児童発達支援管理責任者、クラス担任、言語聴覚士などが参加している。会議では、給食の献立、子どもごとの嗜好、体調等に合わせた調理の工夫(刻み食、流動食など)について話し合っている。</li> <li>・食物アレルギーを持つ子どもに対しては、医師の指示書に基づいて、他の子どもとは別に食事計画書を作成し、十分な配慮のもとに給食を提供するようにしている。</li> <li>・「ひかり」では、利用初日には、保護者に食事の介助の時間まで子どもに付き添ってもらっている。その際に、当事業所の看護師、支援職員等は、保護者からその子どもの実際の介助方法(食事介助、排泄介助、医療的ケアなど)について学び、それを個別支援計画に活用している。</li> <li>・排泄の介助については、個別支援計画に基づいて行われている。個々の子どもの排泄の間隔、予告・後告の状態などを観察・把握して、個々に支援のねらいを設定し、実施している。</li> <li>・食事、排泄、着脱などの子どもの日常生活の支援に関しては、保護者との連携は欠かせないものである。そのため、送迎時やケアコラボで細やかに連絡を取り合い、連携し、情報交換に努めている。</li> <li>・入浴の介助については、保護者から家庭での入浴方法(清拭、シャワー含む)に関する相談を受けたり、それぞれに応じたアドバイスなどを行ったりしている。</li> <li>・子どもの食事、排泄、着脱などの日常生活支援については「きらり職務遂行要領書」にその手順が具体的に記載され、活用されている。</li> </ul>	



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) 58. 8% b) 35. 3% c) 5. 9% 無回答) 0. 0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援の場となる当事業所の居室は、園庭に面して明るい。居室内は「子どもが快適に過ごせるように」と温度・湿度も適切な状態に調整され、居室内の壁には「季節が感じられるように」と職員が手づくりした装飾がある。</li> <li>・また、安全・安心のための事業所内の清掃や整理・整頓は、毎日丁寧に行うとともに、月1回、クラスの安全点検も行っている。安全点検では「危険箇所がないか」を確認するとともに、居室の物品の配置なども、子どもの動線を意識して行っている。</li> <li>・当事業所は、建物の構造上、他の施設とスペースを共有して事業を展開しているため、子どもの活動上、十分なスペースが確保できていないという事情がある。その限られたスペースではあるが、子どもの休憩時にはポジショニング用のクッションを使用したり、照明を工夫しているほか、マットを敷く、パーティションを使用するなどによって、子どもの療養環境を調整している。</li> <li>・子どもへの支援は、基本的には一人ひとりの障害の状態に合わせて個別対応として行われているが、他の子どもに影響を及ぼすような行動が認められる場合には、子どもが気持ちを落ち着かせるための居場所（カムダウン）を用意して支援に取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもが、快適に、そして安全・安心に過ごせるようにするためには、人的・物的環境を整えることは大切なことである。しかし、職員自己評価のこの項目に対する評価は高くない。職員の自由意見からは「人的には専門職を交えて支援に取り組んでいるが、物理的な環境には難しさを感じる」という記述が散見される。</li> <li>・子どもの活動上のスペースを確保することは、重要な課題である。他の施設との調整を行うとともに、改めてクラス会議や職員会議などで話し合い、検討を行うことを期待する。</li> </ul>	

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) 70. 6% b) 23. 5% c) 0. 0% 無回答) 5. 9%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所には、理学療法士、作業療法士が各1名、配属されている。その位置づけは、生活支援員と同様の役割としている。医療的ケアを必要とする重症心身障害児に対応する「ひかり」を担当している。また、口腔・嚥下・発声などに課題を抱える子どものアセスメントや支援に関しては、法人内の他事業所から訪問による協力を得て、個別支援計画に取り入れている。</li> <li>・理学療法士、作業療法士は、個別支援計画の作成に参加するとともに、子ども全員のアセスメントに参加している。</li> <li>・作業療法士は、子どもごとの必要性に応じて個別のポジショニングシートを作成し、全職員が子どもに対して適切な支援が提供できるように取り組んでいる。姿勢などが図式化され、わかりやすい。また、装具の適切な装着にも取り組むとともに、発達を促プログラムを作成して支援を行っている。必要に応じて、利用者が通っているリハビリテーションなどの支援機関を見学して情報収集し、把握した情報は職員間で共有し、プログラムの内容に活かせるようにしている。</li> <li>・理学療法士、作業療法士の役割については、当事業所では生活支援員と同様のものとして位置づけ、区別することを避け、子どもたちの状態を包括的に把握し、誰もが子どもの支援を行えることを方針に掲げている。現状としては率先してその専門性を生かし、支援に取り組んでいるが、この取り組みについての標準化・文書化について検討することを期待する。</li> </ul>	

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) 82.4% b) 17.6% 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"> <li>・「ひかり」では、通園時に同伴してきた保護者から、家庭での様子や気になることなどを確認している。また、子どもの様子に気になることがある場合には看護師が直接そのことを確認し、受け入れを行う体制である。なお、保護者には、子どもの健康状態(食事、排泄、体温等)について、連絡帳(ケアコラボ)に記入してもらっている。「きらり」でも、連絡帳に子どもの健康状態についての記載欄を設けている。</li> <li>・医療的ケアが必要な子どもの場合は、主治医から指示書を受けている。また、普通食以外の「配慮食」の提供や栄養剤などを利用している場合についても、医師の指示書を得ている。</li> <li>・「ひかり」では、看護師がバイタルサインを測定し、排尿の状態を確認するとともに、食事量・水分量を記録し、子どもの健康状態を把握している。健康状態に変化などがあれば、即座に職員間で共有している。「きらり」では、排泄、食事、水分量について把握している。</li> <li>・保護者は、看護師との個別の健康相談を希望することがあるので、その場合には十分な時間を取って対応するようにしている。職員は、何か気になることがあれば看護師に確認し、保護者に回答している。また、看護師は『ほけんだより』を毎月発行し、子どもの健康面についての情報提供に取り組んでいる。</li> <li>・健康管理面についての職員研修としては、法人として感染症についての研修を全職員を対象に実施している。</li> <li>・なお、職員自己評価では「入院先やリハビリテーション担当の医師からの情報は、保護者を介して得ているので、情報が正しく共有されていない」という意見がある。現状では「把握した内容に違和感がある場合は、直接、医療機関に尋ねている」としているが、より確実な情報共有を期した取り組みに期待する。</li> </ul>	

【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) 70.6% b) 17.6% c) 0.0% 無回答) 11.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の看護師4名は、その全員が医療的ケア児への対応を行う「ひかり」に配属されている。現在は、胃瘻と吸引を必要とする子どもが「ひかり」を利用している。</li> <li>・医療的ケアの必要な子どもについては、通園前に医師の指示書を提出してもらう。その上で、当事業所では「医療的行為についての同意書」を作成し、保護者に説明している。</li> <li>・医療的ケアが必要な子どもの場合は、利用開始時には保護者の同席を得て、当事業所内における対応方法などについて確認してもらい、その上で単独受け入れを行っている。</li> <li>・服薬は、可能な限り、家庭でできるように医師と相談することを勧めている。現在、服薬している子どもは1名のみで、当事業所では服薬には看護師が対応する。毎日薬を持参してもらって内容を確認している。なお、職務遂行要領書に「投薬手順」の項目およびケア手順書があり、手技を職員間で共有できるようにしている。</li> <li>・アレルギーのある子どもについては、通園前に医師からの指示書を提出してもらい、それに基づいて管理栄養士と看護師が面談を行い、医師に確認した上で、当事業所としてアレルギー食の提供が開始される。医師の指示書に則り、事業所内における対応をフローチャートに示し、クラス職員が間違いなく支援することができるようにしている。</li> <li>・人工呼吸器の使い方は、看護師が講師となって事業所内研修を実施し、全職員に周知している。</li> </ul>	

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)47.1% b)47.1% c)5.9% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、大切にしたい支援観として「自立、尊厳、ハビリテーション(機能を有能化し、発達させていくこと)」を掲げ、利用児も職員も笑顔になれる具体的な支援を提供できるようにしている。この考え方は冊子に収録し、具体的な手引書として法人研修に活用している。</li> <li>・当事業所のありたい姿として、家庭や地域のさまざまな機関(所属先、医療機関、相談員、公的機関、教育機関等)や人々とかかわるなかで、互いに協力し合える関係づくりを行い、ともに子どもをサポートできる支援体制を構築することを掲げている。</li> <li>・子どもが実際に社会参加を行うには、その障害の特性から、それぞれの子どもに合ったコミュニケーションの支援が求められる。</li> <li>・コロナ禍以前は、回数は少ないものの、社会体験として地域の図書館の利用や買い物などの機会を提供し、そのなかで子どもは社会の雰囲気を感じることができていたが、現在はそれらの取り組みはコロナ禍で休止している。そのような経験から、今年度はコロナ禍における感染状況を見て、親子参加のイベントや外出する機会を徐々に増やしたいと考えている。</li> <li>・子どもの学習支援については、保護者の要望も取り入れて、発達に応じて保育所保育指針(音楽、運動遊び等の5領域を含む)を参考に、個別支援計画に組み込み、実施している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では「自立、尊厳、ハビリテーション」の支援観のもと、まずはコミュニケーションの支援を核とした生活スキルの習得を中心に据えて、子どもへの支援を展開している。今後は、さらに子どもの健康状態や新型コロナウイルスの感染状況も見ながら、外の世界(社会、文化など)を積極的に子どもに伝え、味わえるようにする機会の提供を行うことに期待したい。</li> <li>・特に、この時期の子どもの成長には、職員の十分な配慮のもとに、さまざまな人や物に出会い、直接に触れ、感じることは欠かせないことであると言える。今後の取り組みに期待する。</li> </ul>	

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

【A14】A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	b
	b) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)52.9% b)47.1% 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"> <li>・子どもの地域生活への移行や地域生活に関して保護者が感じる不安等の要因となるものとして、就学や転居等のことがある。当事業所では、保護者の不安や要望については、送迎時や定例の個別面談(年2回)で把握して、支援を行っている。</li> <li>・当事業所には、自宅と当事業所を利用する子どもや、保育所、幼稚園、認定こども園などの保育施設と事業所を併用している子どもが在籍している。自宅から通所している子どもの保護者からは、地域の保育施設への移行の相談などが寄せられる。担当者は、行政への相談を勧めたり、地域の保育情報(手続き含む)を伝えたりしている。また、保育施設と併用している場合には、当事業所ではそれらの保育施設と連携した支援に努めている。</li> <li>・就学や他の事業所への移行などを決めるにあたっては、随時、事業所として情報提供を行っているが、過去には併用園や学校側に当事業所における利用場面を見てもらい、集団生活が送れように支援を行った事例があったが、現在はコロナ禍のため、そのような取り組みは休止している。</li> <li>・子どもの就学や地域生活への移行先が決まり次第、当事業所としては、支援学校(学級)や地域の小学校、保育施設等との連携を図りたいとしているが、コロナ禍であるという現状もあって、取り組みは容易には進んでいない。なお、相談支援専門員、地域の保健師などの連携も視野に入れて子どもの支援に取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保護者にとっては、子どもの将来のことを考えると、地域生活への移行についての不安は尽きないものと思われる。</li> <li>・保護者アンケートからは「発達を促してくれて嬉しい」「ずっと利用したい」などの声が寄せられている。子どもが無理なく地域で生活できるようにするためにも、今後のさらなる取り組みに期待する。</li> </ul>	

## 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。	b
	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) 82.4% b) 17.6% 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"> <li>・家族等との連携や交流については、日々の子どもの送迎時のコミュニケーション(主に子どもについての情報交換)のなかで行っているほか、ケアコラボを活用して行われている(ICTによる介護記録、連絡帳など)。なお、ケアコラボでは動画も送信できるので、家庭における子どもの様子がリアルに送信されることもあり、双方で活用することができている。</li> <li>・年2回の保護者面談では、職員は保護者に対して「個別支援計画」の進捗状況を伝えるとともに、保護者から要望を聞いたり、相談に応じるなどしている。</li> <li>・保護者からの相談については、定例の個別面談のとき以外でも随時に受け付けている。障害のある子どもを育てる保護者の孤立感や不安の軽減に努め、必要に応じて個室を用意するなどの配慮を行いながら相談に応じている。</li> <li>・また、希望する保護者に対しては、定期的に併設事業所と合同で行っている「ペアレントトレーニング」(親の養育力向上のための訓練)を実施している。繰り返し参加する家族もいて、保護者同士の交流にもつながっている。</li> <li>・家族支援のための行事等は、ここ数年はコロナ禍のために回数や規模を縮小して実施しているが、家族参観日、親子運動会などは、参加した家族等から好評を得ている。</li> <li>・なお、家庭支援の一環として、当事業所では子どもの状況などを家族等に伝える毎月の『きらり通信』のほか『給食』『保健』などを紙ベースで配布し、ケアコラボでも送信している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族等と事業所との連携・交流は、コロナ禍にあっても、子どもの支援を中心に日々を送迎時やケアコラボを活用して行われている。また、保護者からの相談に対しても丁寧に応じている。</li> <li>・今後のさらなる取り組みとしては、障害のある子どもを育てる保護者の育児、医療、就学などについての悩みを、保護者同士が気軽に情報交換できる場や機会を設定することが望まれる。当事業所には、看護師をはじめとする専門職が配置されていることから、これらの職員を活用し、障害のある子どもを育てる保護者同士が育児や子育ての悩みを打ち明けたり、話し合ったりするプログラムを提供していくことが期待される。</li> </ul>	

## 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) 76.5% b) 23.5% 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"> <li>・子どもの発達支援は、個々の子どものアセスメントを実施し、個別支援と集団支援を軸に障害の状況に応じて、絵や歌を楽しむなどの遊び、運動、学習、集まりを組み合わせで行われている。なお、活動の終了後は、子どもへの提示の方法などについて職員間で詳細に振り返り、次回の支援の実践に活かしている。</li> <li>・個別支援では、子どもと職員との一対一の対応となる。職員は、事前に検討したツールや遊具等を用いて子どもの支援を行い、さらに子どもが活動について理解できるように、絵カード、写真、実物などを提示して進めている。</li> <li>・子どもが不参加の旨の意思表示を示したときには、改めて検討を行い、場面や日時などを変えて支援を行うようにしている。</li> <li>・なお、個別支援や集団支援の実施については、職務遂行要領書の補足に「子どもの理解に合わせて提示のしかたを検討する」として、その具体例が記載されている。</li> <li>・一方、職員は、専門職からの助言も継続的に得ながら、子どもの発達検査を複数回実施するなどして、子ども一人ひとりの発達段階について把握できるようにしている。</li> <li>・また、リハビリテーションセンターや保育施設を併用している子どもの関係機関などとも、保護者を通して、情報の共有に努めている。</li> <li>・個別支援計画の内容は、原則として半年ごとに見直しを行っているが、日々の支援の終了後にも職員は振り返りを行い、また毎月の「クラス会議」の場で職員間で検討した上で、見直しが行われている。保護者からの要望に応じて見直しを行うこともある。</li> <li>・移行にあたっては、書面の提供だけでなく、併用園や学校に向いて情報共有や引き継ぎを行い、連携を図っている。</li> <li>・厚生労働省が示す「児童発達支援ガイドライン」に基づき、職員は子どもの発達や障害について理解し、保護者、所属園、関係機関と子どもの姿を共有しながら、それぞれの発達課題に沿った支援を行っていると言える。</li> </ul>	