

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  
きらり倉敷

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 ……………	11
Ⅲ. 適切な福祉サービスの実施 ……………	19
内容評価項目 ……………	29

(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：きらり倉敷	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：久保田奈穂美	定員（利用人数）： 児童発達支援（10名）、放課後等デイサービス（10名）
所在地：岡山県倉敷市沖 194-1	
TEL：086-435-9820	ホームページ： <a href="http://www.cumre.or.jp">http://www.cumre.or.jp</a>
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日：平成16年4月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 クムレ	
職員数	常勤職員：4名 非常勤職員：3名
専門職員	保育士（4名）
施設・設備 の概要	居室数： プレイエリア（2）、面接室（職員室 の一隅）、個別療育室、食事室 設備等： トイレ、倉庫

### 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、強くしなやかな組織づくり、  
地域社会への貢献

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

#### ●余暇活動支援

低年齢であれば、公園遊び、水遊び、年長児であれば、クッキング  
家庭でもできる取り組みとして、まずは「きらり」で実践し、保護者へ紹介している

#### ●季節の製作

季節を感じられる活動を設定し、微細面をねらうだけでなく、指示を聞いて、行動できるかどうかも評価している

#### ●運動遊び

以前の第三者評価受審後、運動面のアセスメントを強化、必要な児に運動課題を設定した

#### ●多職種でのアセスメント

法人内の作業療法士、言語聴覚士からの助言を組み込み、支援を考える  
利用児の病院リハビリ見学など

## 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）	1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

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。法人として全事業所が数年ごとに第三者評価を受審できるように計画し、受審した事業所では管理者が中心となって改善計画をまとめ、職員や法人関係者を対象とした「報告会」を開催して発表している。また受審した以降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り組みを明示し、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。単年度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。

さらに法人として人材育成の体制をつくり、実施している。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。「キャリアパス運営指針」では職員育成に関する方針を示している。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り職員育成方策を明らかにし、業務目標管理評価制度のもと職員の目標管理を行うしくみを連動させて、職員一人ひとりの育成に向けた体制が整備されている。新人教育として、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。発達支援、自立支援、子育て支援のグループごとに、その専門性に対応した研修を計画し、実施している。「キャリアパス人事推進室」を設置して、人材育成の視点から研修のあり方や研修内容等について評価し、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年度の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（事業所としての独自研修）などに参加させることで職員育成を行っている。

#### 2. 発達段階を周知した上での支援計画の作成とその実践が子どもの成長を保証し、また、専門職との連携によって療育の基盤を整えている

当事業所の通所支援計画は、発達過程を見通したショート・ステップで具体的に作成されている。現在の活動をクリアした後、次は何に取り組むのか、発達段階に沿い即座に準備されている。この発達段階を児童発達支援管理責任者（事業所管理者が兼務）が習得していることによって、個々の発達を見通しながらの支援計画が立てられており、保護者に対しても説得力を持つものとなっている。

また、当事業所には作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）、心理士は配置されていないが、倉敷地区の法人内の児童発達支援センター（倉敷学園）の OT、ST、心理職とは密に連携することができるため、通所支援計画のアセスメントや、計画の作成に参加している。日常的にも支援についての相談はしやすく、子どもの療育の基盤が整っている。

### 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

当事業所では、保護者の意向の聞き取りや、職員による行動観察のほか、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情報の保護者からの聞き取りと、「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。

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、学習など日々の活動が計画に沿って行われ、基本的な日常生活動作、学習、設定活動、遊びなどの活動がプログラムされている。活動は、子どもの自立を支援することを目指しており、プログラムには法人内の OT や ST、あるいは外部医療機関（子どもの主治医が所属）の OT などからの助言も取り入れ、職員全員によるチーム支援が実践されている。発達支援の継続のため、子どもの所属園や学校への訪問も実施している。

また、言葉、動作、カード、アイコンタクト、実物、子どもの気持ち等を察して言語化する（補助自我機能）などコミュニケーションスキルを多様に持ち合わせている。支援では個々の状況に応じてコミュニケーションとしてのかかわり方を意図的に変化させて、最もふさわしいかかわりのスキルを職員は習得している。職員と個々の子どもの日々の活動スケジュール表を管理し実行することで、子どもとの信頼関係が増し、コミュニケーション能力を高めることにつながっている。

さらに「個々の子どもの発達に適合したコミュニケーションツールの開発・習得が必要」と管理者は考えており、その成果が社会化されることを期待している。

## ◇改善が必要と考えられる点

### 1. 関係機関との連携の充実、および地域課題へのかかわりについての方針の明確化が求められる

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ている。そのため当事業所でも事業方針として「家庭や所属機関（利用児が利用している地域の関係機関）に赴くことができるような連携を実施する」をあげ、家庭訪問、園訪問などを事業計画化している。利用児が利用している園、学校、病院などとの連携は、その必要性ならびに保護者の理解、所属先の理解などがあれば、訪問、電話、連絡ノートで情報交換をしている。しかし、関係機関との定期的な連携は特になく、また関係機関との連携も全ケースを対象にはしていない。当事業所修了時には引き継ぎ書を作成し、利用できるサービスを紹介する場合もあるが、全ケースには実施していない。連携の基準やその方法の検討、地域でのネットワークづくりの必要性など、検討を期待する。

さらに、地域の福祉課題への関与については、現状では計画されていない。行政が主催する1歳6カ月健診、3歳児健診に参加・協力して「発達の気になる児」を保健師へ伝える役割を担うレベルである。

当事業所は、1日定員10名と小規模事業所であることや、開所時間が9時から16時であることなどが影響してか、地域課題を意識する取り組みは計画されていない。また、法人の倉敷エリアの活動についても「ひろば栗の家（おうち）」が主催する社会貢献的な活動も、遠方であることなどが影響してであろうか参加・協力の取り組みに乏しい。当事業所が有する機能を地域に提供することを方針として取り上げるか否か等をはじめとする検討が求められる。

## 2. 子どもの地域生活支援について、さらなる検討と実践を求めたい

障害児福祉は「障害のある子どもの地域社会への参加・包容（インクルージョン）」を目標とし、事業所にもそれぞれの実践を求めている。今回の評価のサービス面で言えば、子どもの社会参加と地域生活支援である。

当事業所としての地域生活支援は、就園・就学後の当事業所から移行先に向けての当事業所での発達支援の引き継ぎの支援である。このことは、事業所の移行に伴う保護者の不安軽減としても大切な取り組みではあるが、地域生活支援は、さらに多様な側面を包含している。近隣住民との交流や、地域のさまざまな資源の活用などである。

子どもの社会参加を支援することも、子ども自身の地域生活の広がりにつながる。当事業所では、保護者の思いを汲んで、地域住民から利用児について問われても明言することを避けているという実情がある。発達支援も屋内での支援にほぼ限定され、子どもが公園に行きたいと希望した場合を除き、事業所方針として支援を地域に広げる方針を持っていない。

地域住民の利用児に関する問いかけにわかりやすい説明を行うこと、利用児が地域に出かけ地域住民（大人・子ども）と交流する機会を持つことは地域住民の啓発ともなり、障害を持つ子どもが暮らしやすい地域環境をつくることにつながる。前述の地域生活支援も同様の意味を含んでいる。事業所方針の見直しとともに、現行のアセスメントシートの見直し・検討により、子どもの地域生活上のニーズに応じた支援となるよう検討を求めたい。

## ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審し、きらり倉敷の課題が新たに見えてきた。なかでも改善の必要性が高い項目は、子どもたちが地域でよりよく成長していくための支援であると受け取った。事業所内だけの支援に留まっていけない事を常に考えているものの、定期的な関係機関訪問が出来ていないこと、地域住民との連携が取れていないこと、事業所外活動が限られていること、きらり終了後の支援が不十分であること等は明確である。現状を受け止め、少しずつではあるが、第三者評価受審後、取り組みを進めている（関係機関訪問の予定を年間計画に盛り込む、地域と関係を持つための催しを計画、課外活動の設定、終了児向けの活動を設定、終了児保護者への勉強会案内等）。今まで改善しがたい内容であっただけに、長期的に取り組んだり、内容を再度精査したりしていく必要があると考えるが、事業所内、法人内職員で、取り組みを続けていきたい。

**⑧ 第三者評価結果**

別紙（p.7～36）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)71.4% b)28.6% c)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、ホームページや広報誌等に掲載するとともに事業所内に掲示している。</li> <li>・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。</li> <li>・職員(正職員と嘱託職員A)にはブランドブック(組織の理念等を職員に理解・浸透させることを目的として配布する小冊子)を携行させ、嘱託職員B等には名刺サイズのカードに理念等を記載したものを所持している。法人では、平成28年度からは非常勤職員に対する法人の基本理念等の理解浸透を図るために全ての非常勤職員を対象とした研修を行っている。また、新採用時研修で説明、各種会議の際には唱和し、また管理者は目標管理の面接時に周知状況を意識している。</li> <li>・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、玄関の机の上に掲示している。保護者から質問があつたときに応えることにしている。</li> </ul> <p>■ 改善提案</p> <p>職員の自己評価では、利用者・家族への周知に関し、わかりやすさを課題とした取り組みと、その周知について、5割を切る肯定率であり、また管理者は実施できていないと判断している。わかりやすい資料の作成や説明、周知の視点からさらなる取り組みが必要である。</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)100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の取り組みとして、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。</li> <li>・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ウムしだより」より)を目指す取り組み、などを踏まえてのことである。</li> <li>・当事業所の管理者は、管理者が参加する「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る。また、待機者数や市内の同じサービス事業所の空き情報は把握している。</li> </ul> <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。	a
	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)100%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本評価細目は、主として法人としての取り組みを把握した。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年度～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。</li> <li>・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。</li> <li>・当事業所の事業所内の設備面や人材育成に関しては、管理者を中心に事業所内で検討し、経営層に相談している。また、利用率の達成に関しては、目標達成に向けて職員と検討しながら取り組んでいる。</li> </ul> <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。職員自己評価では、法人事務局が担当しており、会議録などで確認をすることとなっている、としている。経営状況の把握と分析に基づいて取組を進めるうえでは、サービス提供の担い手である職員への周知は重要な課題である。事業所内での情報共有と理解促進を図り、さらなる取組みに期待する。</p>	

### I-3 事業計画の策定

#### I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	b
	b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)0% b)100% c)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記載している。</li> <li>・中長期計画の見直しは、理事長、福理事長、執行役員およ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。</li> <li>・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。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では中長期計画で示されるビジョンについては、周知しているが、数値目標や具体的な成果の設定、見直しにおいて、肯定率は3割を切る。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。	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)57.1% b)42.9% c)0%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)の沿って、事業所方針を定めている。                      ・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、利用者満足の取り組み、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)」に区分し摘採している。さらに「年間研修計画」「行事計画」等を明示している。</p> <p>■ 改善課題                      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。さらに職員自己評価では、実行可能な具体的な内容であるかに関しては3割弱肯定率であり、この視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)57.1% b)42.9% 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、管理者が原案を作成し、事前配布の上、職員会議で意見交換をし、本事業を統括する上司が点検、確定させている。そして、毎月実施状況を书面化し、グループ・拠点会議で報告している。策定した事業計画は、半期ごとに職員会議で振り返り・評価をしている。</p> <p>■ 改善課題                      事業計画の実施状況と見直しは、行事や研修などの実施状況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。事業計画の策定と実施、評価、見直しについての目的を明確にした取り組みが求められる。</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)0% b)100% c)0%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について、利用者には広報誌「ふれあいウムレダより」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。</li> <li>・法人のホームページには、情報公開として、中長期計画、および各事業所の事業計画が掲載されている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>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、意識的な取り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。管理者は利用者が関心があるのは支援内容であり、事業計画などには関心がないのではないかと考えている。しかし、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か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。わかりやすさを意識した周知が求められ、検討を期待する。</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。	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)100% 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、法人が主催する職員や保護者等を対象とした「報告会」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。</li> <li>・法人として、リスクマネジメント委員会を中心に、ヒヤリハット、事故、意見・苦情などの書類の見直し、また現場ではヒヤリハットや苦情の発生から1～2カ月で見直しをしている。</li> </ul> <p>なお、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は、当事業所種別についても自己評価が義務化されている。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。このガイドラインを活用、そ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)85.7% b)14.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、単年度での取り組みが難しい課題は、中長期計画に反映させることとしている。</li> </ul> <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では、評価結果について、職員個人の人事考課制度における目標管理を対象に判断している状況であり、肯定率は高い。本評価項目に準じて評価をした。</li> <li>・管理者は、職員間の共有に関し不十分であると認識している。要因を分析し具体的な対策を講ずることが求められる。</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。

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。	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)100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、緊急時における管理者の役割、責任についても明示されている。</li> <li>・管理者は、当事業所の運営責任者として、法人の方針や計画などを現場に伝えるパイプ役である事、事業計画に明示した利用計画・実績を意識して経営面からは収支の管理、新人の育成を含む人材育成に責任を持つこと、業務改善などにより職員の働きやすさを大切にされた職場づくりを管理者の役割、責任としている。また、事業所の建物が古いこともあり、物理的な環境面に関する修繕などに取組み、子ども達が活動しやすくなることを課題とし、実践している。職員自己評価においても肯定率は高い。</li> </ul>	

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)85.7% b)14.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、県が主催する集団指導にも参加している。業務する不明な点は、事務局、上司(統括)に相談、また関する福祉法令の手引きや行政からの情報収集などにより法令遵守に理解を深めている。障害者総合支援法「事業所ハンドブック」を確認し、報酬と人権に関する内容を確認している。</li> <li>・今後の取組みを確実にするため、厚労省発行の「児童発達支援ガイドライン」の読み込みをしている。</li> </ul> <p>なお、管理者は、権利擁護に関する研修に関しては、法人主催、および拠点研修に職員を参加させてはいるが、まだ不十分だとしている。さらなる取組みを期待する。</p>	

II-1-1-2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

II-1-1-2-1 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	a
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)14.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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「発達支援グループ指導職員育成勉強会」に参加してリーダーシップを学んでいる。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終礼等で報告し、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。</li> <li>・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。人事異動を意識して、安心安全分野の研修と権利擁護に関する研修は毎年の参加を計画し実施している。</li> <li>・管理者は、職員が楽しく働けること、その為にも得意なところを発揮できることを意識し業務を分担している。</li> <li>・なお、管理者は、職員への研修などに関し、意識改革の視点から不十分さを認識しており、現場職員への充実を課題としている。</li> </ul>	

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)100% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の管理者は月ごとの利用者の動向の把握をし、拠点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。</li> <li>・昨年度は、法人から定時退社デーの推進が指示され取り組んでいる。管理者は、業務改善の視点から定時退社の日常化を課題とし、デイリー表の簡略化や掃除などのチェックリストを作成し作業の効率化を図っている。また、環境整備により、洗い場などの整理整頓ができ、明るさが増している。</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。

Ⅱ-2-1-1-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。	a
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 100% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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す仕事」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。</li> <li>・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る。</li> <li>・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。</li> <li>・当事業所には、専門職として、職員7名中4名が保育士である。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作業療法士や言語聴覚士を依頼し、助言を得ている。</li> </ul>	

Ⅱ-2-1-1-② 総合的な人事管理が行われている。		評価
判断基準	a) 総合的な人事管理を実施している。	b
	b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c) 総合的な人事管理を実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 57.1% b) 42.9% c) 0%であった。</p> <p>■ 取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「期待する職員像」は、ブランドブックに明示している。</li> <li>・法人として「キャリアパス運営指針」で職員育成に関する方針を示している。それにより、一般職から経営職にいたる階層ごとに期待する役割を定め、キャリアアップに対応した職員研修体系によって職員育成方策を明らかにし、業務目標管理評価制度によって職員の目標管理を行うといったしきみを連動させ、職員一人ひとりの育成に向けた体制が整備されている。また、新人教育として、新人職員に対する1対1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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では、人事基準分野で昇進や昇格や給与の内容が分りにくい事、業務目標管理制度における評価の適切性に関し不安があるなどの意見が寄せられている。法人としての取組みに期待する。</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。	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)85.7% b)14.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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ている。</li> <li>・職員自己評価では、休暇の希望が出しやすい事、定時退社が可能であることなど無理なく働ける職場であるという意見が複数出されている。</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。

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"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	

II-2-1(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"> <li>・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。</li> <li>・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、研修の在り方や研修内容などについて評価をし、見直しに活用している。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	

II-2-1(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) 100%であった。</p> <p>■ 取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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)や事業所内研修は、職員会議を活用し当事業所として課題、特に現場における養育上の課題を取り上げ取り組んでいる。</li> <li>・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、関連する外部研修について案内があった場合は、職員へ回覧している。希望があった場合は、法人へ稟議書を提出し判断を得ている。</li> <li>・新人職員と他事業所からの異動職員には「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。</li> <li>・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。</li> </ul>	

II-2-1(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-2-1(4)-1 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		評価
判断基準	a) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	a
	b) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。	
	c) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備しておらず、教育・研修が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 71.4% b) 28.6% c) 0%であった。</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、社会福祉士については、現状は実習生を受け入れるための条件である社会福祉士が配置されていないので受け入れはしていない。社会福祉士以外の実習生については、毎年、大学から実習・見学、ボランティアの受け入れの依頼があり対応している。受け入れ時は、実習生受け入れマニュアルがあり活用している。</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。

II-3-1-1 ① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	b
	b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 71.4% b) 28.6% c) 0%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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「ひろば栗のお家」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・事業所の取組みを紹介している。</li> <li>・法人の広報誌「ふれあいワムシだより」は年3回発行（各約1,000部）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。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・管理者は、利用児の中には、当事業所を利用していることを隠したいという意向をもつ人がいることを懸念し、地域に向けての広報活動は意図的に取り組まない意向である。職員自己評価では、地域に向けての広報活動、印刷物や広報誌の配付については、肯定率はゼロ割である。この点に関し、社会環境の変化に伴う適切な対応を課題とし、再検討が求められる。</li> </ul>	

II-3-1-2 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) 57.1% b) 42.9% c) 0%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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実施にむけて準備中である。</li> <li>・職員への周知として、法人の取組みは「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。</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。

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)0% b)100% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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「ひろば栗のお家」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。</li> <li>・利用児や保護者に必要と思われる情報、たとえば参考本、勉強会や座談会、レクレーションの案内、関係機関などについては、掲示などで情報提供をしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>「ひろば栗のお家」での取り組みは保護者に紹介しているが、距離的に遠く、参加者は少ない。また、当事業所内では、所内で取り組む活動を充実させ、利用児への直接的な養育を大切にしている。当事業所の基本方針について、再検討が求められる。</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)14.3% b)85.7% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況と改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティア受入れに関する方針はなく、現状では計画的な取組みは実施してない。受け身ではあるが決まった学校から毎年ボランティアや見学の依頼があり、対応している。ボランティア受け入れ時には手順書や点検表などは準備し、活用している。</li> <li>・法人が独自に取り組みを開始した、40歳未満を対象とした「くもしいきいきポイント」の活用を開始したばかりである。ボランティアの受入れは単に職員の不足を補うためのものではなく、学校教育における体験教室などへの協力など、地域における福祉教育を進めるという側面からも福祉事業所の役割の一つとして重要である。職員への理解促進を含めて、当事業所の特性を生かした取組み・工夫を期待する。</li> </ul>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

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)42.9% b)57.1% c)0%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、「家庭や所属機関（利用児が利用している地域の関係機関）に赴くことができるような連携を実施する」を挙げ、家庭訪問、園訪問などを事業計画化している。そして、利用児が利用している園、学校、病院などの連携は必要性、保護者の理解、所属先の理解などがあれば、訪問、電話、連絡ノートで情報交換をしている。相談支援事業所、日中一時支援事業所の一覧を作成している。</p> <p>■ 改善課題                      関係機関との定期的な連携は特になく、また関係機関との連携も全ケースを対象にはしていない。また、当事業所終了時は引き継ぎ書を作成し、利用できるサービスを紹介する場合もあるが、全ケースには実施していない。連携の基準や方法の検討、さらに地域でのネットワークづくりの必要性など、検討を期待する。</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)14.3% b)85.7% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      行政が主催する一歳半検診、三歳児検診へ参加、協力し、「発達の気になる児」を保健師へ伝える役割を担っている。</p> <p>■ 改善課題                      当事業所主体の活動は実施していない。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、取組みは行っていない。また、「ひろば栗のお家」が主催するカフェなども、保護者には紹介しているが、遠方でもあり保護者は参加はしていない。事業所が有する機能を地域に提供することなどを方針として取り上げるか否かを始めとし、検討が求められる。</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。

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)14.3% b)85.7% c)0%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の事業へのチャレンジ」掲げ、ひろば(にじいろ・栗のお家)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」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力所のひろばの活動は充実してきているので、このひろばとの連携の在り方、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"> <li>・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内包する「利用者満足の追及」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、研修や職員会議の際には唱和している。</li> <li>・権利侵害の防止への職員教育として、グループワークを取り入れた法人の人権研修(権利擁護や虐待防止)が行われ職員はこれに参加している。この研修では即現場での実践が求められ、発達支援事業グループは各事業所で「肯定的な声掛け」を実践することとし、当事業所では、保護者への連絡帳記載内容や、療育場面でのやり取りでも実践することを申し合わせて実施している。また、この研修は、前年の実践の振り返りと共に毎年定期的な実施が予定されている。</li> </ul>	

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) 71.4% b) 28.6% c) 0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・発達支援事業所「きらり」共通の職務遂行要領書では、排泄や更衣支援の面でプライバシーへの配慮を取り上げている。日常のサービス提供においては、サービス提供場面で排泄・更衣時の配慮は行っているが、トイレの鍵位置を子どもが使える高さに改修する手はずが未実施になっていることを課題と考えている。</li> <li>・不適切な行動が確認された場合には、管理者を通して倉敷拠点「統括」(拠点トップの職名)に報告することになっているとしている。</li> </ul> <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。プライバシー保護と権利擁護の取り組みが規程およびマニュアル等にもとづいて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である。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づくりを行うよう期待する。</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) 100%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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ともに運営・管理するホームページや広報誌「ふれあいウムレダより」、加えて事業所独自のリーフレットで情報を発信している。</li> <li>・法人の理念や基本方針、事業所のサービスを紹介する広報誌「ふれあいウムレダより」(年3回、各1000部発行)やリーフレット(多色刷り)は、行政窓口や総合療育センターなど利用希望者の目に触れる場所に置いている。ホームページには、事業の紹介とサービス利用までの流れ、よくある質問コーナーで構成されている。ホームページ、広報誌を通して当事業所ばかりではなく、法人の事業運営姿勢の一端を知ることができる。</li> <li>・リーフレットは、各事業所管理者によって市役所・病院・総合療育センター、相談支援事業所等に配備されている。リーフレットは法人「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カラー写真で案内している。ホームページでは、各事業所が様子がわかる写真を使って折々の活動を紹介している。</li> <li>・当事業所では利用希望者の場合、見学を必須要件とし、来訪者には管理者が対応し、1時間近い時間をかけてリーフレットを用いて見学と療育の考え方や方法をていねいに説明することを心がけている。説明時の内容、保護者からの相談内容、見学時の様子などは「問い合わせ・見学受付票」に記録される。</li> <li>・きらり5事業所に共通するリーフレットは、適宜見直しを実施しており、今年度は4月に改訂済みである。</li> <li>・なお、放課後等デイサービスを含めて、リーフレットは一人が利用できる「時間」が掲載されるとさらによいものになると思われる。(今回の第三者評価実施過程で、上記リーフレットは利用時間の例を2つあげたものに作り替えられた。)</li> </ul>	

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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、重要事項説明書、利用契約書・契約書別紙(幼児・学童別)によって、説明をする。契約書別紙には、利用料の明示、健康上の理由による中止、利用上の留意点が、それぞれ分かりやすく詳述されている。また、サービスの内容については、例えば、療育記録連絡帳など実物をもとにする、重要な点にマークを付したり抜き書きをするなど、対象者の状況によって対応を工夫して、理解が得られるように努めている。意思決定が困難な保護者等については、相談支援事業所からの情報を参考に対応している。事後、その後の対応等について協議を行うこともある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	

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)100%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・就学(小学校・特別支援学級・特別支援学校など)、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、担当する相談支援事業所の相談支援専門員と相談しながら、送迎の有無や利用時間など親子のニーズに合った移行先を、終了1年前ごろから検討を始める。</li> <li>・法人児童発達支援事業所「きらり」では、サービス移行時に療育の概要を認めた「状況表」を保護者に発行している。当事業所では、保護者との就学前懇談(面談)の機会に、「状況表」について説明し、要請があった保護者には、最終の個別支援計画(通所支援計画)を盛り込んだものを渡すことにしている。また、要望に応じて、移行先職員と直接会って引き継ぐという支援も行っている。</li> <li>・サービス終了時には、当事業所での相談が可能であること、相談可能な他事業所のパンフレットを手渡している。</li> </ul> <p>なお、サービス終了後も当事業所も一つの相談先として保護者等が活用できるよう、サービス終了後の担当者、相談方法等について文書化したものを保護者等に渡すなど、明確に伝わり、かつ、活用に資す取組が望ましい。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)0% b)100% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、基本方針の冒頭に「利用者満足の上昇」を掲げている。また、3年に1度第三者評価実施の都度、利用者調査を行うことにしている。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。この結果、連絡帳の改善、園・学校との連携、業務マニュアルの見直し、相談コーナーの設置などの取組が実現している。保護者への個別懇談(支援計画立案時や就学前に行われる面談)や一般的な相談を通して把握した保護者のニーズが「茶話会」などの実施につながっている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人が掲げる「利用者満足の上昇」を確かなものとし、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、サービスや運営に関する意見や要望把握の機会、テーマ、記録、分析、調査担当者等に関する規程を設け、事業所のしくみとすることが肝要である。今後の取り組みに期待する。</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)85.7% b)14.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情解決制度の周知策として、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、保護者が送迎時に使用するカウンターに置いている。小さなポスターは、幅の広いカウンターでは目立たない。また、管理者は、利用契約時にも重要事項説明書・契約書に基づいて、前述した連絡先および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。</li> <li>・保護者向け「きらり通信」(毎月)には小さいながら投書欄を設け、切り取って事業所内「意見箱」に入れてもらえるように工夫している。また、保護者から出された苦情を基に、送迎時、職員・保護者間の話題が他者に伝わらないよう送迎を事前登録による時間制(15分)にするといった改善・工夫をしている。時間がかかる相談等には、職員事務室を仕切った相談コーナーを使って対応している。苦情受付・解決の手順は、マニュアルにフロー図で明示し、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・解決を図った経緯を所定の様式に記し保管している。</li> <li>・苦情を受け付けた場合は、職員に知らせるとともに、受理から1週間以内に申立者と面談を行うことにしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第三者委員への直接の連絡先の明示(現状は、2名の第三者委員は同じ職場に所属し、その代表電話が連絡先として登録されている。)、第三者委員との顔つなぎの機会をつくる等、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、苦情解決の仕組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。今後の取組に期待する。</li> </ul> <p>なお、本評価基準は、苦情解決状況の公表を行っていない場合は、「C」と評価することとされている。</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)85.7% b)14.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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は、時間予約制の引継ぎとし、時間を必要とする個別の相談は相談コーナーを使用するなど、話しやすい環境設定の工夫をしている。送迎時引継ぎは全職員が窓口となって対応し、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。事業所としては、「きらり通信」(毎月)に、発信元としてメールアドレスを加え、メールによる相談も可能であることを示している。相談の方法に特段の制約は設けていない。</li> <li>・相談内容のプライバシーが守れるよう送迎時引継ぎを時間予約制とし、相談コーナーを設けるなど工夫がみられる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重要事項説明書には、「苦情受付について」の一環として、「利用料のお支払いやサービス利用に関するご相談」を「お客様相談係」がうけることとして、苦情受付窓口、苦情解決責任者が記載されている。一般的な相談との関係性が不明であり、これをもって、保護者への分かりやすい「相談」に関する情報提供とは言い難い。今後は、利用者(保護者等)が相談したり意見を述べ際には複数の方法や相手を自由に選ぶことが必要であり、このことを含め、相談を受けるしつみをわかりやすい説明文等で知らせ、掲示するなど利用者(保護者等)が相談や意見を述べやすい環境づくりが求められる。このことは利用者の尊重であり権利でもある。より一層の取り組みに期待する。</li> </ul>	

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)85.7% b)14.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保護者の意見や要望を把握する機会は、送迎時の引継ぎ場面、個別支援計画や就学前の個別懇談(面談)、個別的一般相談、家庭訪問などである。こうした機会を含め、保護者から受けた意見・苦情の対応手順については、苦情解決マニュアルの他、職務遂行要領書にも搭載している。</li> <li>・事業所は、把握した相談や意見については、1週間以内の対応を心がけ、責任者である管理者が不在時にも無線で知らせが入るしくみにしている。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。</li> <li>・過去の第三者評価利用者(保護者)調査の結果から、低い平均台、鉄棒、蛇腹トンネル、ビニールプールなど、遊びながら使える運動用具を増やすなど、サービス改善に保護者の意向を活かしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>保護者からの苦情や要望意見の対応手順に打ち手はマニュアル等に定められているが、記録として残すべき案件、把握した要望等を検討する会議などについて基準は設けられていない。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として文書化しておくことが必要である。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づくりとして、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-(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。	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)100%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。リスクマネジメント委員会は、各事業所で解決できない課題の検討をして各事業所へ伝達し、法人内事業所の取組へ横展開させる役割、安全に関する研修、気持ちの良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。</li> <li>・事業所では、事故対応に関する「緊急時対応マニュアル」を職員室に掲出し、緊急時連絡先を明示して速やかな対応を職員に周知している。事故発生の場合、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、現場のキャップまたは管理者に報告し、必要時には管理者が法人看護師に報告をする。事業所では、報告書を所内回覧として周知を図っている。さらに1~2カ月の間に、実行内容の確認を管理者行うというしくみである。年間の事故分析も事業所の役割として行っている。</li> <li>・利用者の安心と安全を脅かす事例の収集は、法人委員会が行い、内外の発生事例が紹介され、管理者は職員会議などで報告している。</li> <li>・職員は、危険予知トレーニングを受講し、また、緊急時、適切な対応ができるよう発作対応の勉強会、救急救命法受講等に取り組んでいる。</li> <li>・事故予防、再発防止策として、毎月1回「安全点検チェック表」を用いて、建屋の構造、備品、環境等の安全点検を行っている。</li> </ul>	

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)42.9% b)57.1% c)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、流行時の情報が保護者に届くよう受付カウンターに置いている。また職員は、感染症に関する法人内研修を受講している。</li> <li>・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、全体をけん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」に基づいて行い、契約時に保護者にも説明している。</li> <li>・事業所では、週一回玩具・絵本を含む事業所内の消毒(感染症流行期は、使用したものを毎日消毒)を行い、また、通所児の健康は引継ぎ時の家族の報告や連絡帳、職員による健康チェック表で状態を把握し、体調の変化に備えている。引継ぎ時の連絡帳には未記入が多く、課題としている。現場では、咳や鼻水があるときの対応、出血後の対応などを細かく決めて実施し感染を予防している。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul> <p>■ 改善提案</p> <p>感染症に対する予防対策対策の取組みについては、管理者、職員自己評価の結果は、ともに「b」(上記)と評価し十分ではない状態といえる。さらなる取組みとして職員自身の感染症予防行動に対するチェック体制の充実が考えられる。</p>	

Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		評価
判断基準	a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
	b) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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、「『緊急時対応マニュアル』おちついて！」を職員室に貼付して職員への周知を図っている。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し、緊急時に即応できるように作成されている。また、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。平成29年秋に予定されている消防署による避難訓練は、これ等のマニュアルや要領書に基づいて実施される。また、甚大な災害に備えた10人分のカンパン・缶詰・水等の災害時備蓄品の入れ替えや、応急処置用品が入った持ち出し用リュックの点検は、責任者である管理者が、年に一度行っている。防災訓練は毎月、実施している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害時の安否確認については、連絡がつかない場合について保護者と契約時に対応を説明しているとしているが、根拠となる文書は確認できない。「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」はこれからの取組課題である。当事業所の場合、保護者の意見を踏まえ、納得が得られる対策を講じる必要がある。取組みを期待する。</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。

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) 71.4% b) 28.6% c) 0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。主なものは職務遂行要領書、感染症対応・虐待防止・緊急時の各マニュアルなどである。職務遂行要領書には、登降園、ADL支援、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について新規職員と一般職員に分けてそれぞれ詳述し、一日の主な支援についての手順を網羅したものになっている。排泄・着脱の項目にはプライバシーへの配慮が添え書きされている。虐待防止マニュアルは、厚生労働省発刊のものを準用している。これ等の中には写真やフロー図を用いたものもあり、どのマニュアルも、平易な文章でわかり易さへの配慮が感じられる。</li> <li>・職務遂行要領書は、新規職員や職場の異動時に活用されている。職務遂行要領書の改定や新規作成された文書類についての職員への周知としては、回覧の方法をとっている。</li> <li>・標準的な実施方法に基づく実践は、小さな職場なので気づくことができるが、しくみとしては整備されていない。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、支援の要である個別通所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が必要である。また、日頃のさまざまな支援実践と標準的な実施方法の整合性を把握するしくみも求められる。取組に期待する。</li> </ul>	

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) 0% b) 28.6% c) 71.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスの標準的な実施方法を示す「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。</li> <li>・平成29年度は、児童発達支援事業所「きらり」事業所全体で、職務遂行要領書の見直しに仕組み、同要領書の「緊急時対応」からより有用だと考えられた『「緊急時対応マニュアル」おちついて！』の策定をしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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仕組みを検証することである。今後の取組を期待する。</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。

Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な個別支援計画を適切に策定している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	a
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)28.6% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画策定の責任者として児童発達支援管理責任者(児発管:管理者が兼任)を設置している。当事業所では、個別支援計画策定の方針を「子どもの力をつける発達支援」としている。</li> <li>・個別支援計画の基になるアセスメントは、「問い合わせ・見学受付票」、保護者からの「要望書」やアセスメント情報に関するシート、乳幼児発達検査と評価表など所定の様式に記載された情報によって、職員会議で検討する。「問い合わせ・見学受付票」は、利用を前提とする見学時に、保護者や子どもの遊びの様子から児発管等が記録する様式で、そのまま、暫定的支援計画の根拠となり得る項目で構成されている。</li> <li>・個別支援計画の立案は、「問い合わせ・見学受付票」に基づいて児発管による暫定計画が策定され、1~2か月後に、発達検査や保護者の意向を基に、職員会議で本計画が話し合われて決定される。本計画に関する検討は、必要に応じて相談支援専門員の他、子どもの併用園や幼稚園、通院先等の関係機関からの情報を含めて行っている。病院を訪問し訓練場面を見学して訓練担当者から直接情報を得るなど、幅広い見解に基づいて支援計画を立案するようにしている。暫定計画・本案ともに担当職員から保護者への説明が行われ、その結果に依る再調整もある。保護者への説明は、事業所からの一方通行にならないように、管理者は徹底を図っている。</li> <li>・支援計画に沿った支援は、モニタリングで確認されるが、通所時の保護者との連絡帳でも日々進捗がわかる。</li> <li>・対応が困難な事例に対しては、相談支援専門員や併用園等の関係機関や法人内OT、ST、看護師などから助言を得てアセスメントや計画に活かしている他、相談支援専門員等と連携して、保護者・子どものニーズに合った福祉サービスを提案するなどの支援も行っている。</li> </ul> <p>なお、個別支援計画に盛り込まれるニーズは、「子どもの年齢や障害特性から自身で表現しにくいため、子ども自身のニーズとは異なる可能性がある」と管理者は自己評価している。また、障害をもった子どもの支援において、発達支援のみならず、地域においてもその子どもらしい生活を送るための支援が求められており、地域生活状況や家族の考え方や家族関係もアセスメント要素でありこの点にニーズがある場合は、課題として支援計画に反映されることが求められる。今後の取り組みを期待する。</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。	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)100%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画は、職員会議でのモニタリング、評価(乳幼児発達検査)を踏まえて、6か月毎に見直している。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、必要がある場合は職員会議で再アセスメントを行って、見直しに反映する。</li> <li>・緊急な個別支援計画の変更は、保護者との話し合いの結果に基づいて職員間で決定し、保護者へは「療育記録連絡帳」の内容の書き換え、もしくは、保護者に渡す支援計画書の書き換えという方法がとられる。どちらの方法をとるかは管理者とキャップで決定している。同時に、送迎時に保護者に説明される。</li> </ul> <p>なお、モニタリング・評価の際には、支援ニーズに応えるために、不足している支援やしくみを検証する機会にすることが求められる。その他、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>	

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) 100%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日々のサービスの実施状況は、保護者との連絡ツール「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課題がそのまま「ねらい」として一覧表に印字されており、課題ごとに毎日の療育内容が書き込まれ、計画の実践状況が保護者にもわかるように工夫されている。個別懇談(面談)・家庭訪問などについては、所定の様式に記録している</li> <li>・記録の標準化という点で見ると、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、それぞれ「特記事項・様子」を追記することによって内容を補っている。その他、児童記録表以外は、求める記載内容が大まかな見出しとして書かれており、様式として統一されている。また、管理者は、記録内容に職員による差異が生じないよう、口頭や、時に手本を示すなど指導している。</li> <li>・福祉サービスにかかる情報は、法人本部からネットワークシステム等を通じて配信され、各自が入手できるようになっている。重要な点は管理者によって書面化されて回覧により共有化が図られる。その他、関係情報を職員が入手した場合には、業務日誌に記すように管理者は指導している。</li> <li>・サービスの実施に関する職員の情報共有は、当日、通所してくる子どもに関する朝の打ち合わせに始まり、終礼(主に非常勤職員の意見を聞くことが目的)、職員会議(毎月:個別支援計画やサービスの改善等運営にかかる情報共有や検討の場)などで行っている。</li> </ul>	

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) 100%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・記録管理の責任者は管理者である。個々の子どもに関する記録(サービス利用までの書類一式およびアセスメント関連記録、自立支援計画、療育記録連絡帳の写し、家庭訪問記録、園訪問記録等)のすべては、職務遂行要領書の手順に沿って個人ファイルにまとめ、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。</li> <li>・開示請求や廃棄の方法は個人情報保護規定で定めている。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。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。ホームページ上でも開示・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。開示請求は個人情報保護法で利用者の権利として認められている。手続きや内容の明確化が必要である。また、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、たとえば研修などが必要である。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。</li> </ul>	

## 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)85.7% b)14.3% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害をも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、障害者権利条約等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、年度当初に法人が実施する人権研修を受講している。</li> <li>・当事業所では、保護者要望書やアセスメントから、課題設定や支援内容を作成するとともに、子どもの意思を尊重する支援姿勢は細部にまで行き渡るように努めている。複数提示し選択肢から選ぶ支援や、子どもが「トイレ行きたくない」と言った時に説得ではなく「いつ行く？」等の気持ちを必ず確認する支援を徹底させている。</li> <li>・合理的配慮については、「それがあつて、本人が力を発揮しやすくなる」工夫と捉え、場所や他の子ども、職員そして活動内容も選択などが出来るようにしている。洗面所に踏台を置いて手が洗いやすくなるような基本的配慮から、状況によってはオマルを遊びの部屋の一隅に置き、遊びを中断しないように配慮するなどである。当該児にとって最も適切な方法は職員が検討し理解・共有した上で実施する手続きも徹底している。</li> <li>・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。</li> </ul>	

#### 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。	a
	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)100 b)- c)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、年度当初に権利侵害防止のためとして全職員を対象にしたグループワークを取り入れた研修を行っている。</li> <li>・当事業所では権利侵害とは、「本人の嫌がることをすること」と捉え、例えば手を引いて職員が連れて行きたいところに移動させる「手引き」は禁止としている。本人の意思を無視した職員の一方向的な行為だからである。本人のカバン等を開けるときには、必ず本人に断り、同意の上で開けることも徹底している。</li> <li>・緊急やむを得ない場合に一時的に身体拘束を実施するようなことがある場合には、職員間で検討したものを家族に説明し、同意を得ることを職員に徹底させている。</li> <li>・権利侵害防止の対策はマニュアルを踏まえ明文化はされていないが、事態が起きた時の手順については事業所内の連絡事項として職員に周知させている。</li> <li>・この評価基準「利用者の権利侵害防止に関する取組が徹底されている」の職員自己評価(管理者を含む)の肯定的回答は10割である。また下位項目のすべてに9割から10割が肯定的回答をしており、事業所内の徹底した取組を裏付けている。</li> </ul> <p>なお、子どもの安全を目的とし、公道につながる出入口の施錠について、改めて子どもの権利侵害の観点から検討をし、その経緯の記録を残す取組をすることが望ましい。</p>	

## 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)85.7% b)14.3% c)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、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援は、子どもの利用時間や活動内容、生活習慣に合わせて保護者と相談、検討して決めている。</li> <li>・支援に際し、子どもへの不要な身体介助(手引きなど)の禁止を管理者から職員に周知し徹底させている。</li> <li>・自律・自立生活のための動機づけは、利用児の発達段階を確実に把握することで、働きかけが定まってくるとしており、乳幼児発達スケールや太田ステージなどを活用している。</li> <li>・発達障害のある子どもへの視覚情報提示は、コミュニケーションの基本として取り組んでいるが、カードでの提示についても、本人の発達過程の中で形状が変わり先々には地域で生活する人として適切なメモなどの形に変化していくものであることを見通した動機づけを行っている。</li> </ul>	

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)85.7% b)14.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所は、コミュニケーションスキルを多様に持ち合わせている。言葉・動作・カード・アイコンタクト・実物・子どもの気持ちを察して言語化する(補助自我機能)などである。</li> <li>・支援では、個々の子どもに応じて、また状況に応じてコミュニケーションとしてのかかわり方を意図的に変え、最もふさわしいかかわり方を実践するスキルを職員は習得している。コミュニケーション能力を高めるための方策として、本人が伝え易い方法や相手に伝わりやすい方法を見立てて支援内容に組み込むようにしている。</li> <li>・日々の職員と個々の子どもの活動のスケジュール表を管理し実行することで、子どものコミュニケーション能力を高めることにつながっている。</li> </ul> <p>なお、コミュニケーションツールとして、多様なスキルを開発しており、心理学で言うところの補助自我機能(子どもの後方に位置し、子どもが言いたいと思っているだろうことを代わりに代弁する役割の人)も活用している。しかし、管理者は、まだ開発・習得が必要と考えている。是非その課題に取り組み、開発し、社会化することを期待したい。</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)71.4% b)28.6% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・重要事項説明書にも謳っているとおり、保護者との個別懇談を積極的に実施している。日常的には連絡帳の交換、毎回の引き継ぎ時間、更に必要に応じて相談コーナー（職員室の一画）での個別相談も実施している。                      ・相談に関しては利用者（保護者）調査でも「家族に対する精神的なサポートは役に立っている」について9割が肯定的回答をしている。                      ・事業所では、子どもの意思決定を尊重するという基本的な考え方から、個別懇談時には子どもの同席の有無を保護者に確認している。しかし保護者の多くは、子どもを同席させていないという。                      ・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、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。</p> <p>■ 改善課題                      ・保護者からの相談内容は、その対応について児童発達管理責任者等と関係者による検討・理解・共有を行うことが求められている。意思決定支援としての妥当性や個別支援計画への反映等の検討の意味が含まれている。この考え方の吟味と、「相談」を意思決定支援として、しくみをつくる今後の取組みが期待される。</p>	

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)71.4% b)28.6% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・子どもの活動は、どれも通所支援計画に組み込まれた内容である。日々の活動によって子どもが課題をクリアしたりなどの変化が生じた時には速やかに通所支援計画を変更する。この随時モニタリングは日々の終礼で職員全体で検討し決定している。この積み重ねによって、利用児の希望やニーズを踏まえた活動をリアルタイムで子どもに提案することができ、選択できるようなしくみが作られている。                      ・当事業所では今年度から運動遊びとして、利用者の意向を踏まえ、プール遊びを取り入れている。                      ・他機関からのレクリエーション活動の案内は掲示板で知らせている。さらにお薦めの活動については保護者の目につきやすいカウンターに掲示したりもしている。</p> <p>■ 改善課題                      事業所内で実施される活動はしっかりと検証されており、充実した取り組みが実現できていると捉えられる。今後は、事業所から一歩外に出た領域、地域での活動の開発が望まれる。子どもの自律・自立生活のための情報収集や、プログラム化は工夫のしどころであろう。</p>	

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)57.1% b)28.6% c)0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の利用児は、自閉症スペクトラム(軽度・中度知的障害合併児を含む)、ADHD、知的障害、言語発達遅滞を有している。</li> <li>・障害や支援に関する職員研修は、法人が行う専門研修の他、外部研修に積極的に参加できるようにしている。「自閉症の理解」「幼児期・学齢期の発達検査の仕方について」「対応に難渋した一例」等々である。事業所内では、終礼時に子どもの支援方法等の検討と理解、共有をし、ここでの気づきから、つぎ支援内容を変更するといった積み重ねが、実践的な学びにつながっている。</li> <li>・行動障害としては、棚の上を歩き続ける、チック、暴言などの対応経験があるが現在は落ち着いているという。行動障害などには、ヒアリハット報告書や事故報告書などを生かして、対応について検討している。医療につながっていない子どもの場合などは、保護者に通院を勧めることもある。</li> <li>・子ども同士の調整としては、その場面に職員を多めに配置したり、子ども同士を離したり、おもちゃの配置を工夫することでトラブルを未然に防止している。</li> </ul>	

#### 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。	a
	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)85.7% b)0% c)0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・すべての取り組みが通所支援計画に基づいて実施されている。昼食は給食とお弁当を選択することができる。給食は法人内の他事業所(倉敷学園)の厨房で調理している。給食の献立表は、1か月前に保護者に配布している。利用児が食べにくい献立(和え物、チャプチェなど)は、食材をわかりやすく説明して食べられることもあり、偏食についても原因・要因を分析して食べられるよう工夫しており、無理に完食させることはしていない。</li> <li>・トイレトレーニングについては、おむつが外れ、パンツになった時に座りたがらない子どももいるので、スムーズに移行できるよう利用児に合わせて、便座に座る、つぎオマルに座るなどの段階を細かくプログラムして取組んでいる。排泄支援として男児の立ち便器利用では、お尻を出さないで用を足すスキルを、徐々に身に付けてほしいと考えている。</li> <li>・移動・移乗支援については、カードを用意することによって行くべきところ分かるようにしている。</li> </ul>	

#### 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。	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)85.7% b)14.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・プレイエリアは温度・湿度計を備えて、適切な室温、湿度を保つようにし、必要に応じて加湿器を設置している。また、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・棚・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、カーペット等の消毒を行うなどを取り決めて実施している。</li> <li>・部屋によっては、構造的に明度不足を感じる個所もある、利用児に支障が出ないように活動内容を工夫している。トイレなどは、しっかりと目隠しが欲しいところもあり、現状は、カーテンを下げて工夫している。</li> <li>・事業所内はいくつかのエリアに分かれており、活動ごとに仕切りで分けられている。エリアの使用については「～する場所」と決めすぎないよう、子どもが選んで使えるようにしており、子どもの意向や状況に応じて対応できるようにしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・概ねよく考えられ、清潔感も保たれているが、一部の部屋の暗さが気になる。改善が可能であれば検討されたい。同時に、コーナーガードの補強については、とりあえずの対応が感じられ、見学者などからは障害のある子どもへの対応姿勢が問われないとも限らない。また、活動環境について子どもや保護者の意向を把握する取組とそれに基づく改善の工夫を期待する。</li> </ul>	

#### 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。	a
	b) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)14.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所は日常的に法人内のOT、ST、看護師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、必要な時には適時に助言・指導を得ることができる。子どもの主治医がいる外部医療機関のOT、STとの連携もあり、医療機関などとの連携経験を積むことで、医療関係者の説明も易しい表現に変わってきており、また、事業所としても理解できるようになり、一層、活用しやすい資源になっている。</li> <li>・日常生活動作支援でもある生活訓練は、具体的な支援計画を立てると同時に家庭での普遍化も目指している。例えば、服の着脱や、靴を立って履くようになるまでの支援は、いくつかのスモールステップを設けて、通所支援計画に掲げている。保護者へは、その場面を共有しながら説明をして子どもに支援をするように心がけている。</li> </ul>	

#### IV-2-(5) 健康管理・医療的な支援

IV-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	b
	b) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)0% c)0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもの健康面については毎年新たに「基本情報」に記載して把握している。てんかんの場合は、医療機関受診時の医師の指示書「てんかん発作時の対応」と「痙攣聞き取り」(書面)を保護者に提出してもらって、職員が周知できるようにしている。</li> <li>・子どもにいつもと違う異変が生じた時には検温や水分補給の促しを行っている。</li> <li>・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。事業所では、緊急時には、現場にいた職員が看護師に連絡をすることになっている。また、法人専門研修として、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。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、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。</li> <li>・日常的には管理者が携帯電話を携帯しているが管理者不在の場合の緊急対応の周知徹底も期待される。</li> </ul>	
IV-2-(5)-② 医療的な支援が必要な手順と安全管理体制のもとに提供されている。		評価
判断基準	a) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	
	b) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されているが、十分ではない。	
	c) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されていない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>原則として、服薬管理を含め医療的支援は行われていない。岡山県保健福祉部障害福祉課による本評価基準に基づき非該当である。</p>	

#### IV-2-(6) 社会参加・学習支援

IV-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の希望を意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	C
	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)28.6% b)14.3% c)57.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・当事業所は、所内での活動は選択肢も豊かだが、外出に関する選択肢は「公園に行きたい」「公園に行きたくない」のみである。「～に行く」など他の外出を促す選択肢は意図的に準備していない。責任者は保護者の多くが通常療育を望んでおり、学習支援を選ぶ場合が多いという。                      ・当事業所がこの地に開設されて10年以上経つが、保護者の想いを汲んで、地域住民からどのような子どもたちが利用しているかは、聞かれても明言しないようにしており、近隣住民もよく理解していないと思われるとの認識であった。また、利用児も小学校2年生までであり、家庭でも一人で外出する年齢ではないので、事業所でも積極的に地域の中での活動に支援課題は見出す必要がないと考えられている。</p> <p>■ 改善課題                      ・昨今の障害児福祉は、「障害のある子どもの地域社会への参加・包容(インクルージョン)」を目標とし、事業所にもそれぞれの実践を求めている(平成29年度7月厚生労働省「児童発達支援ガイドライン」)。当事業所に当てはめる手考えると、地域住民からの利用児の関する問いかけに分かりやすく説明をすることや、利用児が地域に出かけて、地域の住民(大人・子ども)と交流する機会をもつことは、地域住民の啓発となり、障害をもつ子どもが暮らしやすい地域環境をつくることにつながる。事業所方針の見直し、および、取組みの検討を期待したい。</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)42.9% b)57.1% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・当事業所では、地域移行を就園・就学に絞って考えている。就学については、年長児保護者を対象に就学相談を年2回は実施しており、他にも個人懇談会等々の機会に相談に応じている。保護者支援の中では、「児の成長のためにはどのような環境が良いか」「将来的な自立のためには学校で何を学ぶべきか」等の視点で対応し、必要に応じて相談支援専門員や所属機関と連絡を取り合っている。                      ・就学に関する勉強会の案内は積極的に行い、保護者が広く情報入手できるように配慮している。</p> <p>■ 改善課題                      本評価基準「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」を当事業所の状況に当てはめると「子どもや保護者のその人らしい地域生活のための支援」ということになる。当事業所で行っている就園や就学のための支援も地域生活をよりよく継続するための支援の一環であるが、福祉サービスという地域支援は、さらに、多様な側面を包含している。近所の住民との交流や地域の様々な資源の活用等々。こうした意味での地域生活支援をするには、現在使用しているアセスメント関連書式の内容は不十分である。事業所の支援方針の見直し、および、アセスメントシートの改良の検討が今後、取組むべき課題である。</p>	

#### IV-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援防

IV-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a
	b) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)28.6% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族との連携・交流については重要事項説明書でも個別懇談があることを明記しており、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。</li> <li>・日々の連絡は送迎時の報告、相談や連絡帳の他、保護者の必要に応じて随時の懇談の時間を取っている。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」を提出してもらい意向を把握している。</li> <li>・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年長児の相談は、年間2回実施している。その他、法人として実施しているペアレントトレーニングを紹介している。今年度からは、きょうだい支援を法人内の別の場所で実施し始めたところでもある。</li> <li>・また、毎月、幼児・学童別の「きらり通信」を発行して、トピクスや月間予定等、事業所情報を載せて家族に配信している。</li> </ul>	

#### IV-3 発達支援

##### IV-3-(1) 発達支援

IV-3-(1)-① 子ども子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。		評価
判断基準	a) 子ども子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a
	b) 子ども子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 子ども子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)14.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・発達支援は基本的に通所支援計画に基づいて行われ、家族からの意向の聞き取りや、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カテゴリーの詳細な情報の保護者からの聞き取りと、「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。</li> <li>・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を支援することを目指しており、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。</li> <li>・支援過程については、日々の終礼や連絡帳、デイリースケジュールボードなどで確認している。</li> <li>・発達支援の継続のため子ども所属園や学校への訪問も実施しており、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。</li> </ul> <p>なお、当事業所では「変化を捉えて即支援内容・方法を変えていくこと」が発達の支援と考え、まだまだやるべきことがあるはずと感じている。その追究を期待する。</p>	