

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
きらり水島

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目次

	ページ
福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン …	1
共通評価項目	
I. 福祉サービスの基本方針と組織 ……………	7
II. 組織の運営管理 ……………	11
III. 適切な福祉サービスの実施 ……………	20
内容評価項目 ……………	31

(添付資料)

◆ 職員自己評価・利用者【保護者】調査 集計結果

福祉サービス第三評価結果の公表ガイドライン

① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

② 施設・事業所情報

名 称：きらり水島	種 別： 児童発達支援、放課後等デイサービスを行う多機能型	
代表者：川上 亜仁	定員（利用人数）： 児童発達支援（10名）、放課後等デイサービス（5名）	
所在地：岡山県倉敷市水島北幸町2番3号		
電 話：086-446-2311	ホームページ： http://www.cumre.or.jp	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成22（2010）年9月1日		
経営法人・設置主体：社会福祉法人 クムレ		
職員数	常勤職員：4名	非常勤職員：3名
専門職員	社会福祉士：2名	介護福祉士：1名
	保育士：3名	
施設・設備の概要	（居室数）4室	（設備等）
	療育室、プレイエリア、ホール、相談室	トイレ（和・洋2種、男性用）、手洗い場等

③ 理念・基本方針

- 法人理念：
ともに育ち ともに生きる
- 基本方針：
利用者満足の実現、集う人の幸せの実現、強くしなやかな組織づくり、地域社会への貢献
- 行動指針：
相談から支援まで切れ目のない利用者支援の実現
- 事業所方針：
①子どもの豊かな発達支援、②家族の子育て力の強化、③生涯生活できる地域環境づくり、④小ざくら保育園とのチーム一体による配慮の必要な子どもへの支援の実施

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- 「インクルーシブ保育」の実現に向けた取り組み
※事業所方針④による小ざくら保育園との一体的なチームアプローチ
- 園（クラス）訪問、ケア会議の定例化、職員向け勉強会や保護者向け研修会の実施、事業所体験、三者懇談、発達相談など
- 保護者との協働関係の強化、エンパワメント支援
※ペアレントトレーニング（前・後期）、茶話会、サポートブックづくり講習会
- 地域住民も参加できる場づくり、地域社会へ向けた障がい理解と啓発のための活動
※サポーター養成講座（初級・中級・上級）、小ざくら保育園の行事や「ひろば」の行事への参加

⑤ 第三者評価の受審状況

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

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. サービスに質の向上に向けた取り組み、体制が充実している

まず法人として第三者評価を定期的を受審し、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」を開催し発表している。また、受審以降の各年度は第三者評価で指摘のあった事項に関する取り組みを事業計画に明示して、その改善に取り組んでいる。事業計画で明示した取り組みは、拠点会議で進捗を管理しつつ、計画的に取り組むよう努めている。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。

そして、法人として人材育成の体制をつくり、サービスの質の向上を期している。法人では「キャリアパス運営指針」で「人財育成の方針」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する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によって職員の目標管理を行うしくみを連動させて、職員一人ひとりの育成に向けた体制を整備している。また、新人教育として、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。そして発達支援・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。さらに「キャリアパス人事推進室」を設置し、人材育成の視点から研修のあり方や研修内容などについて評価するとともに、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、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。

今後の課題として、当事業所には保育士、介護福祉士、社会福祉士などが配置されているが、言葉の発達に適切に対応するため、管理者さらにはリハビリテーション分野と発達心理分野の専門職の支援・協力が得られるようにすることを課題としている。検討を期待する。

2. きめ細かな取り組みによって、子ども一人ひとりの発達支援が行われている

自閉症スペクトラム（広汎性発達障害）、知的障害、ADHD など多様な発達障害の子どもを受け入れている事業所である。発達支援は、相談支援専門員の利用計画に基づき、家族から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 8 つのカテゴリーの詳細な保護者からの聞き取り情報と、遠城寺発達検査、太田ステージによる発達評価などの情報をもとに職員会議でアセスメントし、そこで導き出されたニーズから支援計画を立て支援している。また、個別または複数児が参加する活動についてはそれぞれのねらいを確認した上で設定し、活動への参加状況などによって見直しを行うなど、子どもの状況に沿って支援している。

また、多くの子どもが課題としているコミュニケーション（意思表示や伝達、理解）能力を向上させるための支援は、家庭における子どもの状況のほか、子どもの発達や特性、生活場面などに応じて、ジェスチャーやコミュニケーションカード、絵・写真・実物等の提示といったさまざまな視覚情報を子ども一人ひとりにとって最も適切な方法となるように選択・工夫して用い、また療育場面で子どものコミュニケーション状況の変化（発達）を把握するよう努め、それら変化に合わせてコミュニケーション方法について再検討し、子どもの表現の幅が広がるように取り組むなど、きめ細かな取り組みを行っている。

今回実施した利用者（保護者）調査においては「子どもの身体機能や健康状態へのよい影響」「子どもが興味・関心を持てる活動」「情緒面の発達に役立つこと」「社会性の獲得」「気持ちを大切にされたかわり」などの発達支援に直接関係する項目で 8 割から 10 割近くが肯定的回答をしている。

3. 保護者（家族）への相談や関係機関との連携によって、子育て力の涵養と安定した地域生活ができるよう支援している

当事業所では「生涯生活できる地域環境づくり」を事業所方針に掲げ、平成 29 年度は「水島地区における園、小学校、関係機関と連携し、子どもを取り巻くチームで支援を展開する」として事業所が属する地域の保育園、幼稚園、小学校、保健師、医療機関と連携し、発達障害を持つ子どもとその保護者の地域生活を支えるための体制づくりを目指している。

このような支援の必要性（ニーズ）を抱えて、子どもたちの地域生活のキーパーソンとなる保護者からの相談については、年 2～3 回の定期個別面談のほか随時の相談も受け、また経験の浅い職員が多い状況から相談場面には管理者（児童発達支援管理責任者を兼任）の同席を原則とし、さらに必要に応じて個室で対応するなど十分に話ができる環境を整え、応じている。

相談には保護者の思いを受容し、助言などで応じているが、家庭での子どもの困りごと等は支援ニーズとして子どもの気持ちも確認した上で、支援計画に反映させることが多いという。利用者（保護者）調査でも8割を超える回答者が「相談が役立っている」と回答している。

進路決定や就園・就学等に伴うサービス移行に関するニーズへの対応については、懇談会・勉強会の開催や情報提供のほか、相談等によって保護者のなかで方向性が明確になった場合は児童発達支援管理責任者（児発管：管理者が兼任）が保育園、幼稚園、学校を訪問し、療育に関する情報交換や対象機関への助言を行うなど、合理的配慮のもとで移行先での生活が可能となるよう支援している。同様の目的で、就園・就学後も年1～2回は児童発達支援管理責任者が移行先を訪問している。

保護者には、移行先で、適切な合理的配慮について保護者自身が提案できるよう、その力をつける目的で、次のような取り組みをしている。すなわち、①「きらり通信」（毎月）の発行、②併用園等のない子どもへの家庭訪問（年1回）、③勉強会の開催（年2回のサポートブックやお約束カードなど子どもとのコミュニケーショングッズの作成を行う）、④保護者同士が悩みを共有する機会としての座談会の実施（年3回）、⑤家族見学週間（毎月1週間）、⑥ペアレントトレーニング（拠点事業：職員が参画）などである。

当事業所では、障害を持つ子どもの地域生活支援の一環として、保護者（家族）とは相談によってその悩みを軽減するとともに、関係機関との連携によって、子育て力の涵養と安定した地域生活ができるよう支援している。地域関係機関との連携支援は緒についたところで今後の充実が期待される。利用者（保護者）調査では、総合的な満足感を持つ回答が9割を超える。

◇改善が必要と考えられる点

1. 事業計画を策定するプロセスにおける職員の参加促進、またボランティア受け入れなどに関する積極的な取り組みが求められる

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い、策定している。前年度の実施状況を踏まえ、年度末の職員会議で振り返る機会を持ち、事業計画を管理者が策定している。そして、毎月の実施状況を書面化し、グループ・拠点会議で報告している。計画の実施状況と見直しは、毎月の職員会議で振り返りを行っている。職員会議には正規職員が参加し、嘱託職員には会議録を回覧して周知している。職員自己評価では、事業計画策定からの見直しの手順、職員の参画や意見の集約・反映などについて、肯定率は3割を切る。

また、ボランティア受け入れに関するマニュアルは特になく、現状では学生の夏休み期間の受け入れ、サポーター養成講座受講生の交流の場のメンバーとしてとしてボランティアを受け入れることもあるが、目的が不明確で、また計画性は不足している。職員自己評価の肯定率も低い。ボランティア受け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、事業所の特性を生かした取り組み・工夫を期待する。

小規模事業所であり、対話の機会はつくりやすいと思われる。また全体的に評価細目ごとの判断基準は「a」の確率が高い。しかし、今回の職員自己評価の各評価細目の着眼点においては肯定率が低い内容も散見され、全職員参加による要因分析と対策の検討を期待する。

2. 通所児一人ひとりの地域生活支援の充実に期待する

当事業所では、通所児の社会参加支援は、事業所が所在する「水島拠点」（法人が定める倉敷市内の拠点の一つ）で法人事業所が行う「サポーター養成講座」や隣接する同法人の保育園が実施するイベント等に関する情報提供である。

本評価基準でいう通所児の社会参加支援は、通所児が暮らす地域における社会参加を含めて捉えられている。障害児福祉では、いま「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、事業所に対してもそれぞれの実践を求めている（平成29年7月・厚生労働省「児童発達支援ガイドライン」）。当事業所の実践で言えば、まずは、一人ひとりの通所児の地域生活ニーズを把握し、相談支援事業所等の関係機関と連携（役割分担を含む）しつつ当事業所で取り組むべき支援を行うということになる。取り組むべき支援は、一人ひとりへの個別支援であり、地域住民への啓発活動も含まれる。基本的には、現行のアセスメントに必要な情報内容の見直し、「地域生活支援」をどのように捉え、事業所の実践をどのように位置づけるかの検討、また事業所の特徴的な取り組みとしてあげている『『インクルーシブ保育』の実現に向けた取り組み』との関係性の検討も必要と思われる。全職員参加で検討し、計画的に取り組むことを期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

改善の必要性を指摘された項目のなかでは、ボランティアの受け入れに関するマニュアルを早急に作成していきたい。

また、今年度は夏のボランティア体験事業（社会福祉協議会）や、倉敷チャレンジ・ワーク（中学生の職場体験学習）の受け入れなどを積極的に行なっていくことで、地域における福祉教育の役割も担っていきたいと考えている。

利用している子どもたちの「生活の幅を広げる」という視点も大切にしていきながら、今後、きりり水島として、地域生活支援にどのように取り組んでいくのかということ、職員全体で考えていきたい。

⑧ 第三者評価結果

別紙（p.7～38）の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-1(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

I-1-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		評価
判断基準	a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	b
	b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、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。 ・法人の基本理念「ともに育ち ともに生きる」には、利用者や家族・職員はもとより、地域の方々とも「ともに」という考え方を包含している。 ・職員(正職員と嘱託職員A)にはブランドブック(組織の理念等を職員に理解・浸透させることを目的として配布する小冊子)を携行させ、嘱託職員B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。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、年度初回の研修でも全職員を対象に研修会で説明している。さらに、各種会議の際には唱和させている。 ・利用者・保護者への周知は、理念・基本方針・大切にしたい支援の考え方(価値観)を法人として図式化したものを入口に掲示している。また、契約時に法人や事業所の方針等を伝えている。 <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では、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、その周知について肯定率は3割程度であり、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を期待する。</p>	

I-2 経営状況の把握

I-2-1(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

I-2-1(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		評価
判断基準	a) 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
	b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)42.9% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・法人では平成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組を意識し、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 クムレだより」から)を目指す取組み、などを踏まえてのことである。 ・当事業所の管理者は、「サービス調整会議」や「拠点会議」で情報を得ることができ、また外部研修への参加を通じ、県や市のデータや地域課題を把握している。 <p>■ 改善課題</p> <p>理事長のリーダーシップのもと、法人として経営課題を明確化し具体的な取組を計画的に進めている。しかし、事業所・現場としての主体的な取組みは弱く、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)71.4% b)28.6% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・本評価細目の評価に当たっては、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27～31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。</p> <p>・倉敷市内各地での新規事業所の開設、当事業所のある「水島拠点」の「ひろばにじいろ」での「育児や発達の相談」や、「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多様な取組を進めている。当事業所からも「ひろばにじいろ」の活動に職員が参加している。</p> <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ものの、本評価基準「経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている」の職員の自己評価の肯定的回答は5割に満たないものもあり、一層の周知への取り組みが求められる。</p> <p>・経営状況の把握と分析に基づいて取り組みを進めるうえでは、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。事業所内の情報共有と理解促進を図り、さらなる取り組みに期待する。</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。	a
	b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)0% c)0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・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ている。法人理念に基づき、「利用者、地域から信頼される社会福祉法人づくり」の実現を目指して、「相談からサービスまでの切れ目のない利用者支援の実現」などの「7つの柱」を掲げ、それぞれの柱ごとに具体的な取組を明示している。</p> <p>・中長期計画の見直しは、理事長、副理事長、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。</p> <p>なお、本評価基準「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」の数値目標や具体的な成果の設定に関する職員自己評価の肯定的回答は、3割程度であり改善への検討を期待する。</p>	

I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 単年度計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	a
	b) 単年度計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)28.6% 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、今年度の当事業所事業計画は、発達支援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)に沿って、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>なお、事業所方針と計画化している内容の関連性がわかりにくいので、検討を期待する。さらに職員自己評価では、数値目標や具体的な成果などの設定について、肯定的回答は3割程度であり、この視点からも改善に向けた検討を期待する。</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)28.6% b)57.1% c)0% 無回答)14.3%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。前年度の実施状況を踏まえ、年度末の職員会議で振り返りの機会を持ち事業計画を管理者が策定している。そして、毎月実施状況を书面化し、グループ・拠点会議で報告している。計画の実施状況と見直しは、毎月の職員会議で振り返りをしている。職員会議には正規職員が参加、嘱託職員には会議録を回覧して周知をしている。</p> <p>■ 改善課題 職員自己評価では、事業計画策定からの見直しの手順、職員の参画や意見の集約・反映などについて、肯定率は3割を切る。要因分析と対策が求められる。</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)42.9% b)51.1% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 当該年度の事業の方針等について、利用者には広報誌(クムレだより「ふれあい」)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。</p> <p>■ 改善課題 利用者に対する事業計画の周知については、法人による広報誌の配布や行事計画等を除き、意識的な取組みは特段には行っていない。仮に、ホームページを活用し周知する際にも、わかりやすさに配慮し、また利用者への直接的な説明などが求められる。利用者に対する事業計画の周知とその理解促進は、サービスの提供に大きく関わることがらであることはもとより、法人や事業所への理解と諸活動への参加を促す観点からも重要である。今後の取組みに期待する。</p>	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	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 ・法人として全事業所が数年ごとに第三者評価を受審できるように計画し、受審した事業所では管理者が中心となって改善計画をまとめ、職員や保護者等を対象とした「報告会」を開催して発表している。 また、受審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組みを明示して、その改善に取り組んでいる。さらに、第三者評価を受審しない年度においては、事業所単独で利用者アンケートを実施することし、事業計画に明示している。</p> <p>・なお、職員自己評価では、評価結果の分析・検討する場の不明確さが見られ、検討が求められる。福祉サービスの質の向上には、日々の取組とともに、自己評価の実施、第三者評価の受審、利用者アンケートの実施、苦情相談内容への対応等を行い、その結果を評価・分析し、改善に向けて、計画の策定(P)→計画の実施(D)→実施状況の評価(C)→計画の見直し(A)、のサイクルを総合的・継続的に実施することが必要である。</p> <p>・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。このガイドラインは、当事業所についても自己評価の義務化となっている。事業所としての自己評価項目と自己評価及び利用者(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)85.7% b)14.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・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り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り組みは、拠点会議での進捗管理をしつつ、計画的に取り組むように努めている。そして単年度で取り組む事が難しい課題は、中長期計画に反映させることとしている。</p> <p>・なお、職員自己評価では、評価結果から明確になった課題の改善策などについての職員参画は4割強、そして計画的な取り組みについては3割を切る肯定率である。会議の開催時は目的を明確にし、職員参画を意識した進行の在り方などについて検討を期待する。</p>	

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-1(1) 管理者の責任が明確にされている。

II-1-1(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	a
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)14.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・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。</p> <p>・管理者は、当事業所の運営責任者として、働きやすい職場づくりを課題とし、職員間のコミュニケーションの機会を大切にし、職員と話す機会を大切にしている。また、事業所の責任者として、法人の考えを職員にしっかりと理解しやすいように伝えることを意識している。そして、根拠を示せるような支援計画の作成を課題とし、技能・技術の向上に取り組むとしている。</p> <p>なお、職員自己評価では、有事(災害・事故等)における管理者の役割と責任、不在時の権限委任などの明確化については、肯定率は3割を切る。検討を期待する。(今回の第三者評価の過程で、管理者不在時の災害訓練を実施。有事における管理者の役割と不在時の権限委任に関しては、職務遂行要領書に記載されており、その旨を職員に再度周知した。)</p>	

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。	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>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者が遵守すべき法令等については、法人内研修で学習する機会があり当事業所管理者も受講している。また、業務に関する福祉法令を書籍や関係通知等で確認し、児童発達支援事業等のガイドラインを参照してより適正な事業運営に努めている。 ・管理者は、法人が主催する「人権倫理委員会」委員として活動し、職員に対しては、人権倫理(虐待防止)に関する研修を正規職員および嘱託職員を含む全職員を対象に実施している。また、水島拠点発達支援事業グループ単位で、福祉従事者の職員倫理をテーマとする研修を実施するなど、法令遵守に関する研修を充実させている。 	

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	a
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)14.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、毎月のサービスの実施状況をまとめ、水島拠点の事業所管理者が参加する「水島拠点会議」に参加して助言を得、また法人の方針や拠点での取組みなどを把握・理解し、本事業所の職員会議や朝・昼礼で報告し、職員の意見を聞く機会をつくっている。また、研修会などで学んだことを報告・共有し本事業所として取り組むべきことや充実させること、そして、研修の機会をつくるなどの取り組みをおこなっている。 ・また、利用者(子ども・保護者)への直接的な支援にも参加し、子どもたちへの支援、家族支援、そして、学校訪問やケア会議への参加など地域との連携も意識しながら取組をしている。 <p>なお、職員自己評価では職員の意見を反映させる取り組みや改善課題の具体的な明示とそれへの取り組みに関しては、3割を切る肯定率であり、改善が求められる。</p>	

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)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"> ・当事業所の管理者は月ごとの利用者の動向の把握をし、会議で報告はしているが、人事、労務財務には直接関与はしていない。 ・管理者は、気持ちよく働ける環境づくりを目指して、リーダー職員とも打ち合わせ、利用児の人数や行動特性に合わせて必要な職員配置、勤務の調整をしている。また、利用実績が目標に達成するよう職員の勤務の振り替えを提案するなどしている。 <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では、本評価基準「管理者は経営の改善や業務の実効性を高める取り組みに十分な指導力を発揮している」の肯定的回答8割を超えている。しかし、本評価細目を構成する4項目は、6割程度から1割台に留まっている。管理者が法人から付与されている役割の範囲から職員は判断したと考えられるが、評価細目の趣旨から、b)と判断した。</p>	

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。	b
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)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"> ・法人として第2期中期経営計画に「やりがいと自己実現を目指せる仕事」を柱の一つに掲げ、それに則って平成29年に「キャリアパス運営指針」を改訂し、必要な人材やその育成に関する方針等を明示している。 ・職員の採用計画は法人の執行役員会で検討され、具体的な採用活動では正職員の定期採用は法人本部が所管して求人説明会の開催や大学訪問を行い、年間数回の試験を実施して採用を行っている。各事業所の管理者などが採用に関する取り組みに参加することもある。 ・法人の体制では、嘱託職員A(正職員を希望する非常勤職員)から正職員への移行希望の有無を確認し、退職予定者の動向を勘案しながら拠点ごとのサービス調整会議や拠点会議で調整しつつ次年度の職員体制を整備している。なお、嘱託職員Bと派遣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。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所には、保育士、介護福祉士、社会福祉士が配置されているが、言葉の発達に適切に対応するため、管理者は、さらにリハビリテーション分野と発達心理分野の専門職の支援協力が必要と考えている。 ・職員自己評価では、本評価基準「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」の、計画的な人材の確保や育成、効果的な採用活動などに関する取り組みの肯定的回答は、3割に満たない。法人としての計画的、改善的な取り組みはあるが、さらなる検討が求められる。 	

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)71.4% b)0.0% c)14.1% 無回答)14.1%であった。</p> <p>■ 取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての「期待する職員像」は、ブランドブックに明示している。 ・法人として「キャリアパス運営指針」で職員育成に関する方針を示している。それにより、一般職から経営職にいたる階層ごとに期待する役割を定め、キャリアアップに対応した職員研修体系によって職員育成方策を明らかにし、業務目標管理評価制度によって職員の目標管理を行うといったしくみを連動させ、職員一人ひとりの育成に向けた体制が整備されている。また、新人教育として、新人職員に対する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。 ・平成29年7月から法人では新たな人事考課制度(正職員対象)を導入した。これは「第2期中期経営計画」に基づいて改正されたもので、以前よりも処遇と階層(等級)の関係を分かりやすく整理することを目指している。これによりキャリアステージごとの「役割基準・職務基準」に基づいて実践と評価を行うしくみであり、手順も明示されている。階層別研修で自分のキャリアデザインをシートに書きだし、目標管理に反映させている。 ・非常勤職員(嘱託など)に対しては、人事考課制度はないものの管理者が個別面談を行っている。主に職場や仕事に対する意見を吸い上げる機会としている。 ・新たな人事考課制度を導入したところであり、今後の職員への周知とともにその成果に期待する。 	

II-2-(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組んでいる。	b
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)28.6% c)0%であった。</p> <p>■ 取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として第2期中期経営計画で「働きやすい職場・労働環境の整備」を掲げ、より良い人材が働き続けられ職員が安定的に確保できるように法人全体で各事業所の職場づくりに気を配っている。 ・職員の就業状況や意向の把握は管理者の役割であり、残業の状況は管理者が拠点会議に報告して集約する。残業状況の集約は従前の経営会議から拠点会議に移り、よりきめ細かく対応しようという方向である。当事業所の管理者は、勤務表を組む際に有給休暇の申請簿で各職員の休暇取得状況等を把握し、残業する職員については個々に状況を把握するように努めている。また、目標管理の面接、あるいは必要に応じて個別に面談要望があれば常に受け入れている。 ・法人としてノー残業デーは3年前から、有給休暇の取得状況の把握は昨年度から取得率の目標を定めて意識的に取り組んでいる。 ・新たに始まった拠点のサービス調整会議は、各事業所の管理者が自職場の職員の状況を情報共有することが役割の一つとなっており、必要があれば問題提起を行い、対応が難しい場合には当事業所の管理者でもある統括の職にある職員が介入して解決を図る。 ・職員の心身の健康の確保の点から、法人として衛生委員会を設置し、「ストレスチェック」を活用し、実施済みである。 <p>■ 改善課題</p> <p>法人として働きやすい職場づくりを目指す方向性を明示し、拠点会議や各管理者の役割を明確にしている。一方、当事業所は、職員の確保、定着の観点から、20～30代の女性が多い職場であるため定着しにくい面があり、管理者は働きやすい職場づくりに向けたさらなる取り組みが必要であるとしている。</p> <p>本評価基準「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組んでいる」の各項目の職員自己評価の肯定的回答は、4割に満たないものが多く、要因分析が求められる。</p>	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	a
	b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	
	c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)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"> ・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「人財育成の方針」を示し、それによって、キャリアアップに対応した処遇制度、職員研修体系、業務目標管理評価制度を連動させ、職員一人ひとりの育成に向けた体制が整備されている。 ・目標管理は、法人が初任者・中堅職員など階層別に求める専門性や能力を明示し、それを踏まえて各職員が「業務・目標管理シート」等の所定の様式によって目標をたて、上席の職員との面接でそれを決定する。さらに目標達成に向け、キャリアステージ(職位階層)別の研修体系に基づいてOJT、OFF-JT、SDS(自己啓発支援制度)を行い、それらの進捗管理は、目標設定時(5月)、中間時(10月)、期末評価時(3月)の面接で確認され、その結果を4月中旬に各職員にフィードバックするしくみである。 ・新たな人事考課制度を導入したところであり、今後の職員への周知とともにその成果に期待する。 	

Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	
	c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「キャリアパス運営指針」で「人財育成の方針」を示している。そこでは「使命感・倫理観を有する職員の育成」、「質の高い福祉サービスを実践できる資質と能力を有する職員の育成」など法人としての職員育成の基本的な考え方を明示している。さらにキャリアステージ(職位階層)ごとに必要とする役割資格を定め、その達成を支援するための体系的な生涯研修課程を構築している。 ・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。 ・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)、「水島拠点」として計画した、発達支援分野に関する研修、また新たな研修として、発達支援グループの指導者育成勉強会を開始している。さらには事業所内研修(事実上は拠点の他事業所と合同で行う研修)に参加させたり、キャップや管理者は講師を担うことで職員育成を行っている。 ・法人による生涯研修課程に加え、(旧)発達支援グループ、拠点、といった重層的な研修の機会を設定し、年間を通じて計画的に実施している。 	

II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	a
	b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・正職員は「業務目標管理評価制度」によって一人ひとりの目標が定められ、その課題に応じて法人の諸研修を受講する。階層別研修の参加対象者はあらかじめ法人本部が把握して決定しており、専門研修(昨年度の旧グループが計画)や事業所内研修(拠点内の他事業所と合同)では管理者が広く呼びかけて参加させている。 ・外部研修については、研修情報を法人内で共有し、職員に周知して参加を呼びかけている。 ・新任職員には「クムパートナー制度」(マンツーマンの指導体制のしくみ)によって計画的にOJTを行っている。 ・非常勤職員の研修機会が非常に少ないため、法人では平成28年度から全ての非常勤職員を対象とした研修会を実施し、理念の浸透などを進めている。 	

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

II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		評価
判断基準	a) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	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>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では「実習生みなさまへ」を定め、オリエンテーション時に配布し、説明している。また「職務遂行要領書」には、職務基準として「実習生の受け入れ」についても、基準化している。管理者は相談援助実習の受け入れについては、実習指導者講習会を終了し、今年度は、介護等体験実習、体験実習を受け入れている。実習時は、マニュアルとして「職務遂行要領書」を活用している。次世代を担う福祉の人材を育成するために積極的に受け入れていることや自らのサービスの質の点検であること、などを明らかにしている。 ・実習生の受け入れ時は、担当教員と連絡を取り、指導方法などについて確認している。 	

II-3 運営の透明性の確保

II-3-1 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

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) 100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・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、水島拠点として、市民に開かれた活動をしている「ひろばにじいろ」では、地域住民対象の講座・集会などを実施し、法人・事業所の取り組みを紹介している。</p> <p>・法人の広報誌「ふれあいワムレだより」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。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>ホームページを刷新し、法人の基本理念はもとより第三者評価の受審結果や財務諸表など積極的に事業の透明性の確保に努めている。しかし、苦情・相談の体制や内容に関する情報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ばたしていく意味でも重要である。さらなる取組みに期待する。</p>	

II-3-1-1 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) 85.7% b) 14.63% c) 0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・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。</p> <p>・平成28年度から公認会計士と顧問契約し、現在は各事業所を回って経理事務や帳票を確認することで事業所の実情や書類の管理状況等を把握してもらっている。この結果は、経営会議などで共有している。また、昨年度の決算書類の内容を確認してもらうことで、今後の本格的な外部監査の施にむけて準備中である。</p> <p>・職員への周知として、法人の取り組みは「経営会議」における議事録の回覧、「拠点サービス調整会議」でガイダンスの報告などがある。</p>	

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)71.4% b)28.6% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・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、当事業所のある水島地域での地域交流拠点「ひろばにじいろ」についても活動展開の方向性等について明示している。そのほか、水島拠点に属する法人内他事業所が実施するサポーター養成講座(3回×3クール)を活用し、当事業所のこどもたちと受講者が交流する機会があり、また地域のお祭りにも参加するなど、地域住民との交流の機会ももっている。</p> <p>・当事業所では上記の取組み予定を事業所内に掲示して保護者に周知し、また職員も協力して携わっている。また、通園児の家庭には情報の配布もおこなっている。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>これらの取り組みは、主に水島拠点としての活動であるが、当事業所は小規模事業所であり、拠点の事業を理解して参加し、利用者に働きかけている現状である。当事業所としての目標を持ち、特徴を活かした内容を、拠点の活動に活かすことについての検討を期待する。</p>	

Ⅱ-4-1-2 ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		評価
判断基準	a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	b
	b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)42.9% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・ボランティア受入れに関するマニュアルは特になく、職務基準書の中、「実習生の受け入れ」に準じて対応している。学校からの問い合わせの際は、受け入れが可能であることを伝えている。学生の夏休み期間の受け入れ、サポーター養成講座受講生の交流の場のメンバーとしてとしてボランティアを受け入れることもある。</p> <p>・ボランティア活動がポイント換算され交付金を受け取ることができる「倉敷市介護支援いきいきポイント制度」の受入事業所として協力している。また、法人独自の「くもれいきいきポイント制度」にも協力している。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>本評価基準「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」の職員自己評価の肯定的回答は、2割に満たない項目が多い。ボランティアの受入れは単に職員の不足を補うためのものではなく、学校教育における体験教室などへの協力など、地域における福祉教育を進めるとい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。</p>	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		評価
判断基準	a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	b
	b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)14.3% 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、「生涯生活できる地域環境づくり：水島地区における園、小学校、関係機関と連携し、子どもを取り巻くチームで支援を展開する」を挙げ、園や学校訪問による連携を事業計画化している。 ・管理者は、「ひろばにじいろ連絡会」のメンバーである。法人内他事業所の職員は、小学校区単位で開催される年4回の運営会議に参加し、当事業所の紹介などを行っている。また、一部の幼稚園や法人が運営する保育所とは定期的な連絡会を持っている。職員間での情報の共有には丁寧に取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題 本評価基準「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」の評価細目の内、「一人ひとりの子どもに対する支援の必要性に応じた資源の明示やリスト化」の職員自己評価は3割に満たない。幼稚園や保育所あるいは相談支援事業所等との連携をはじめとし、より良いサービス提供に向けて、必要な関係機関・団体の機能や連絡方法の全体的な把握と連携、それらに関する職員間での十分な情報共有のしくみの構築が重要である。さらなる取組みに期待する。</p>	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	b
	b) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)28.6% c)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 行政が主催する三歳児健診へ保育スタッフとして参加、協力し、「発達の気になる児」を保健師へ伝える役割、またカンファレンスにて共有するだけでなく、要フォロー家庭を繋げたり、保健師から挙げられる地域課題やニーズを拾ったりす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。「にじいろひろば」が主催するカフェなどの際には、その準備に参加している。 ・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、取組みない。検討を期待する。</p>	

II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	C
	b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 62. 2% b) 24. 3% c) 0% 無回答) 13. 5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況と改善課題 法人としては、中期経営計画に「地域福祉ニーズに対応した開拓的事業へのチャレンジ」を掲げ、ひろば(にじいろ・栗のお家)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」を掲げ生活困窮者支援に取り組む事や災害福祉の体制・情報ネットワークづくりを課題としている。2カ所のひろばの活動は充実をしてくれているので、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、検討を期待する。</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 ・法人の理念「ともに育ち ともに生きる」を事業所の玄関に掲示し、事業所リーフレットの表紙に掲載している。法人は、基本方針の冒頭に「利用者満足の追及」を掲げ、利用者を尊重したサービス提供を示唆し、職員へはこれを実践するための行動指針「ブランドブック」を配付し、研修や会議の際に携行するよう求めている。 ・職員は、法人「人権倫理委員会」が実施した人権研修を受講し、研修の中で児童発達支援グループが採択した「肯定的な関わり、声かけをします」を基に、事業所独自の行動指針「①ダメ等の禁止語ではなく「○○しようね」と言葉かけをする。②行動を制するのではなく、すべき方向へ導く」を作り、実行している。行動指針の実施状況は2か月毎に、人権委員会に報告し検証を受けることになっている。</p>	

Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		評価
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
	b) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。	
	c) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・子どもや保護者のプライバシー保護について、重要事項説明書および契約書に、職員には守秘義務があることを明示しており、利用開始時に保護者に説明している。職員は入職時に、離職後も守秘義務を課す旨を示した誓約書を法人に提出している。 ・療育に関する日常業務手順をまとめている「職務遂行要領書」では排泄、着脱の項目に羞恥心とともにプライバシーへの配慮を留意点として記載している。実践上は衣類の着脱は、他の子どもの目に触れない場所(トイレ内や活動室のパーティション内)で行う、保護者からの相談事は相談室で受けるなどプライバシーへ配慮しているが、構造上から遮音面では難しさがある。</p> <p>■ 改善課題 ・通所事業所でプライバシーの侵害が起こることは少ないと考えられるが、家庭訪問などはプライバシー領域への訪問である。福祉サービスの提供におけるプライバシー保護等の権利擁護は重要な社会的課題である。プライバシー保護等の権利擁護の取組みが規定およびマニュアル等にもとづいて実施すること、取り組みを利用者や家族に周知すること、また、事業所において不適切な事案が生じた場合を想定し、対応方法等を明確にしておくことが必要である。今後の取組に期待する。</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 ・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「ふれあいウムしだより」、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。 ・法人の理念や基本方針、事業所のサービスを紹介する季刊の広報誌「ふれあいウムしだより」(各3000部発行)やリーフレット(多色刷り)は、行政窓口や相談支援事業所など利用希望者の目に触れる場所に置いている。事業所のホームページには、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。 ・ホームページや相談支援事業所からの情報で、育児に困り感を持つ保護者より電話による問い合わせ、見学希望が寄せられ管理者が対応している。管理者が不在の場合は、相手の連絡先を聞き置き、後に管理者が連絡して見学等の日時を決めるなどしている。見学希望者へは、待機者がいることや他事業所も見学して、子どもに合う事業所を選択するよう勧めている。見学は、子どもが活動している時間帯を設定し、リーフレット等で事業所の支援方針や内容を丁寧に伝えており、子どもが活動の輪に参加し、療育を体験できるように配慮している。 ・見学時には、保護者にサービス利用希望時の氏名や年齢等基本情報を記載してもらう。事業所側では見学時の親子の様子を観察し所定の様式に記載しサービス開始直後の支援に生かす。</p> <p>なお、リーフレットには放課後等デイサービスを含めて、一人が利用できる時間等情報の補充が望ましい。(今回の第三者評価の過程で、具体的な利用時間や回数を例に挙げたものに改定している。)</p>	

Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。		評価
判断基準	a) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	C
	b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 100%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者はサービス利用が決定すると重要事項説明書、契約書、利用のしおりなどによって、利用に関する重要事項や基本ルールなどを説明する。説明は、訂正な説明を心し、事業所の支援に対する考え方、「サービス等利用計画」(相談支援事業所が立案)を踏まえた利用回数や利用時間、具体的な支援内容、利用料金、送迎などについて、十分な理解を得て契約に至るよう配慮している。 ・現状は、重要事項などの理解が難しい保護者はいないが、今後、聴覚障害や精神状態の不安定な保護者なども予測されることから、その際の対応方法をあらかじめ検討しておくことの必要性があるとしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。今後の取組に期待する。 	

Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮している。	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)85.7% b)14.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・サービスが終了するのは小学校への入学、併用している保育園・幼稚園の変更に伴う場合、家庭環境の変化により事業所の変更が考えられる。福祉施設・事業所の変更にあたっては、保護者の了解を得て子どもの状況や有効であった支援内容を「状況書」にまとめ移行先に情報提供して支援の継続性に配慮している。状況書は移行先の事業所と顔が見える関係で情報提供することを基本としており、できるだけ、直接、届けるよう努めている。</p> <p>・子どもが移行先に順応することを願い、相談支援事業所等関係機関と連携して見守っている。また、移行後もいつでも相談に応じられる旨を口頭で保護者に伝え、法人内の基本相談窓口の案内もしている。</p> <p>なお、移行後も相談を受けられることを保護者に口頭で伝えているが、それを確実なものにするために、担当窓口・担当者を文書で伝えることが望ましい。</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)42.9% b)14.3% c)28.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・法人では基本方針の冒頭に「利用者満足の追究」を掲げており、当事業所としても利用者の事業所・職員・支援内容等への満足度の把握は重要である。また、利用者本位の福祉サービスは、支援する側が一方的に判断するものではなく、利用者がどれだけ満足しているかの双方向での観点が必要となる。当事業所では利用者の満足度を把握する手立てとして、毎回の保護者との引継ぎ、個別懇談、座談会、連絡帳を挙げている。また、今回の利用者(保護者)調査を分析し、サービスの改善に生かす意向である。11月に利用者アンケートを予定している。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>・法人が掲げる「利用者満足の追究」を確実なものとし、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は、意見・要望の把握の機会、テーマ、記録、分析、担当者等に関する規程を設け、しくみとすることが肝要である。今後の取組に期待する。</p>	

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		評価
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	C
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)28.6% c)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書に苦情受付窓口および苦情受付担当者、苦情解決責任者を明記している。さらに第三者委員(2名)、公的機関である市役所の障害福祉課、岡山県運営適正化委員会の連絡先を記載している。また、イラストを用いたこれらの苦情解決の体制は事業所玄関に掲示している。 ・苦情を受けた際の対応については、職務遂行要領書、苦情解決マニュアルにフロー図を使うなどわかり易く表示している。今年度は苦情らしきものはなかったが、あった場合は、報告を受けた管理者(苦情解決責任者)が事実を確認し苦情申立者に謝罪・経緯の報告をする。同時に報告書を作成し昼礼で職員に報告し、改善の方法を話し合う。さらに事業所内で解決が難しい場合は、第三者委員に報告する。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情がないことが一概に「良い」とは言えず、苦情を言いやすくする工夫も必要である。この評価基準「苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している」の職員自己評価の肯定的回答は3割に満たない項目が多く、管理者の認識との相違が感じられ、要因についての話し合いの必要性を感じる。 ・第三者委員への直接の連絡先の明示、第三者委員との顔つなぎの機会をつくる等、利用者(保護者)が第三者委員を活用できる体制の整備、また、事業報告書や広報誌等への苦情解決結果の公表に関する体制づくり等、苦情解決のしきみを有効に機能させるため取組むべき法人としての課題がある。 <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。今後の取組に期待する。</p>	

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		評価
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者伝えるための取組が行われている。	b
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)0% c)28.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護者からの意見や相談を受ける機会は、送迎時、通所支援作成時の個別懇談、連絡帳を介してなど、多様である。利用者(保護者)調査からも利用児だけでなく、きょうだい児の相談にも乗っていることが窺える。職員は保護者とのやり取りの中で「何か困っていることはありませんか・ご意見はありませんか」と声をかけ、相談や意見には真摯に向き合うことを旨としている。職員は、福祉サービスに従事する者としての資質を備え且つ職務を心得ているとの感触を評価者は感じ取った。 ・保護者は、日常的な職員とのやり取りの中で相談することが多いのではと想定できるが、時には職員を指名する場合もある。指名された職員が新人である場合は、同意を得て管理者も同席することになっている。また、相談内容により相談室を利用し、迎えの時間を調整するなどしてゆっくりに話し合えるよう配慮している。 ・サービスに対する意見は、重要事項説明書に記載した前述の「苦情受け付け窓口」でも受け付けている。その際は、事業所ばかりでなく他の機関にも相談できる事を謳っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の尊重であり権利としての観点から、今後は、利用者が相談したり意見を述べる際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明して文書で知らせ、掲示するなど利用者が相談や意見を述べやすい環境づくりが求められる。また、一般的に保護者の立場から苦情や意見等の表明は躊躇しがちである。その点を踏まえた工夫も重要である。より一層の取組に期待する。 	

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) 100%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では利用者からの相談・意見・提案は苦情も含めサービス改善につなげる機会と認識しており、積極的な把握に取り組んでいる。相談や意見のレベルに応じ、即応可能なことは昼礼で話し合っている。内容によっては、所定の様式に記載し、職員会議等にて時間をかけて検討する場合もある。そのような時は、保護者に状況説明し理解を求める。意見、相談受付から対応に至る一連のプロセスは、「職務遂行要領書」の苦情対応に準じて実施している。また、一事業所では対応困難な事例は、当事業所が所属する「拠点会議」での検討、上部組織の助言を受けることができるしくみがある。 ・座談会などで出された保護者の意見から「サポートブック勉強会」を紹介して、保護者の学ぶ機会・姿勢を支援している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・さまざまな保護者からの相談や意見を収集するために、匿名性が担保できる場所と取り扱いのしくみ備えた意見箱の設置などさらに積極的なしくみが必要と考える。意見箱の設置は、意見収集の手段はもとより、「いつでも意見や提案は受け入れる」とした事業所の姿勢を示すものである。 	

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

Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。		評価
判断基準	a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	b
	b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	
	c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 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"> ・利用者の「安心・安全」の保障は、サービス提供事業所として第一義的な重要な使命である。法人は、「リスクマネジメント委員会」「交通安全」「安全・衛生委員会」を整備し、リスクマネジメント体制を構築している。 ・「個別療育」を中心とする当事業所では、職員と利用児が1対1で向き合うことが多く、加療を要する事故は起きていない。中でもリスクが高いのは「噛みつき」であるという。「噛みつき」は利用時の行動特性と捉えており、その可能性のある利用児の利用日には、心して療育にあたるよう努めている。 ・事業所内での事故やヒヤリとした体験は、それぞれ所定の様式に記載する。両者とも対応した職員が、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、昼礼等で予防対策を検討する。さらに、1か月後に予防対策の実施状況を管理者が確認するしくみである。 ・事故、所在不明児対応は、即応を意図し、フロー図にまとめている。また、事故等の緊急時対応の責任者は管理者とし、不在時には次席の職員であることを職務遂行要領書に明記している。実践上は連絡用の「ケータイ」を管理者が携帯しており、不在時には管理者役を担う職員が携行する決まりになっている。 ・リスクマネジメント委員会委員が、年2回、事業所を巡回し、安全性確保の観点から事業所内の環境整備や職員間の関係性について課題を指摘し、事業所が是正するしくみが機能している。また、職員は、委員会による危険予知トレーニング(KYT)を受けつとともに、ヒヤリ・ハット記録の習慣化のために何でも記録する「気づきシート」を活用している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本評価基準「安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている」の職員自己評価は、肯定的回答が3割に満たない項目が多い。子どもたちの安全という課題を考慮し、この点を重く見て改善を期待し、評点に反映した。 	

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) 100%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としては「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。職員は、感染症に関する法人内研修(実技を含む)を受講している。 ・インフルエンザ、ノロウイルス等の好発時期には、保健所等の情報を注視し、子どもや保護者に「きらり通信」で注意を喚起している。また「感染症対応マニュアル」「職務遂行要領書」を再読して留意点等の確認を行う。日常的には食事前や排泄後の手洗いに留意している。また、全職員が持ち回りで毎月・毎週、点検表に沿って安全・衛生の両面から確認している。 ・感染症に罹患した場合のサービス利用の可否について、学校保健安全法施行規則で定める基準に沿うことを利用時に説明している。 ・ノロウイルスの疑いがある吐物処理の方法や、「感染症・疾病理解」と題した研修を法人内看護師より受講している。また、食中毒・感染症発生の際は緊急連絡網で看護師、上長の指示を得るとしている。ただし、利用児全員が、園や学校に所属しているため、事業所が対応せざるを得ない事態はないのが現状と管理者は述べている。 ・一方、職員が媒介者にならないため「通勤着は仕事着に着替える」、「汚物処理には手袋を着用」など要領書の記載通りの行動を方針としている。 <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では、感染症の予防や発生時における適切な対応などに関し、自信のなさがかがわれる。子どもたちの安全という課題を考慮し、この点を重く見て改善を期待する。</p>	

Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		評価
判断基準	a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
	b) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 71.4% b) 14.3% c) 14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人「交通安全・防災」委員会が法人事業所の災害時安全対策を主導している。非常持ち出し品の指示、一斉避難訓練実施と実施後のアンケート調査、その他、全国で起こる災害についての情報を収集して各事業所に配信するなどの活動を行っている。また、法人では「リスクマネジメント委員会」を中心に、災害時事業継続計画(BCP)の作成に取り組んでいる。 ・地震・火災・台風の対応についてそれぞれ職務遂行要領書に記載している。 ・当事業所では、年間計画に沿って隣接する法人保育園(当事業所利用児の約半数は隣接園に所属)と協働し、消防署とも連携して避難訓練を実施している。有事に備え全利用児の緊急連絡先を記載したファイルを持ち出し用に整備し、食糧、水などの備蓄について担当職員を配している。担当職員は賞味期限に留意しながら適宜、備蓄品の入れ替えを行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、保護者の納得を得て対策を講じる必要があると考えられる。 	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-1 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

Ⅲ-2-1-1 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。		評価
判断基準	a) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。	b
	b) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)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"> ・業務の一定水準確保の取組みに各種のマニュアル(手順書)を作成している。日常的に活用頻度が高いものを「職務遂行要領書」としてまとめている。その他、重要なマニュアルとして「虐待防止」「苦情対応」「感染症対応」にかかわる事項を文書化している。「職務遂行要領書」は、登降園、ADL支援として排泄・着脱など、療育支援、健康管理、通所支援計画作成、連絡ノート等の記録、緊急時対応などが収録されている。それぞれの項目毎に配慮点を設け、経験に基づいて支援の流れを簡略化するなどの工夫があるうえ、ものによってはフロー図を用いるなど手順をわかり易く説明している。 ・この要領書は、新任職員のよりどころになっており、いつでも閲覧できるようにしてある。 ・通所支援計画作成は、正職員全員が関わり、決められた手順で進めているが、全般には、マニュアル類(手順書)と提供しているサービスの整合性を確認するしきみを持つに至っていないことが、職員自己評価の結果から見える。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務の標準化は、支援観の共有につながる。手順書から一歩進めて支援に対する事業所の方針、目的を明確にしたマニュアルとしての整備が望ましい。さらに手順書・マニュアルと現場の実践との整合性を確認するしきみは、サービスの標準化と改善には欠かせない。 ・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支援計画作成の一連のプロセスやモニタリングの根拠となる日々の利用者に関する記録方法など、優先順位を決めさらなる文書化への取組みに期待する。 	

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)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"> ・日常的に活用頻度が高い「職務遂行要領書」は毎年度末に、管理者を中心に見直し、改訂版を発行している。また、「苦情解決マニュアル」(改訂年月日記載)についても見直しが行われている。ただし「職務遂行要領書」には、現に実施していない事項(月ごとの療育計画)も含まれており、「苦情解決マニュアル」には、苦情について「事業報告に掲載」とあるがその実践は確認ができないなど、実態にそぐわない部分も見られる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準的な実施方法については、利用者が必要とする福祉サービスの内容の変化や新たな知識・技術等の導入を踏まえ、定期的に検証し、必要な見直しをすることが必要である。また、見直しは、職員や利用者等からの意見や提案に基づき、また個別支援計画の状況を踏まえて行われなければならないとされている。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仕組みづくりや、通所支援計画として支援ニーズに応えるために、不足している支援やしきみを検証することである。今後の取組を期待する。 	

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

Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な個別支援計画を適切に策定している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	a
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 100%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・児童発達支援管理責任者(管理者も兼務)を中心に適切な通個別支援計画策定のしくみが構築されている。子どもの個別支援計画策定は全正規職員が分担し、要所、要所に責任者が関与している。アセスメントから計画策定、支援の実施、モニタリング・評価、再アセスメント、つまりPDCAのサイクルは、フロー図により標準化され実施されている。 ・課題抽出の根拠となるアセスメントのための情報は、子どもの担当職員が「基本情報」(保護者が記載)を確認しながら、見学時の様子や保護者からの聞き取り等で得た結果を所定のアセスメントシートに記載する。アセスメントシートは、食事・排泄などの生活面、歯磨きや手洗いの衛生面、コミュニケーション、活動、社会参加、個性の8項目からなり、それらを受け利用児の全体像を捉える構成になっている。また、2回分(1年間)のアセスメント情報が記載でき、行動の変容がわかるように工夫されている。 ・収集した情報は、長期目標・短期目標と、発達支援・家庭支援・地域支援、それぞれにニーズ・利用児や環境の状況・支援者の気になることなどを「課題の整理表」にまとめている。これをもとに昼礼や「支援計画会議」(年3回)で、アセスメントからの課題抽出の適切性について検討している。こうしたプロセスと特定相談支援事業所作成の「サービス等利用計画」を踏まえ「個別支援計画」を作成する。 ・「個別支援計画書」はアセスメントに連動して支援目標を設定し、目標達成の支援方法と半年後の支援結果(モニタリング)も同計画書に記載する様式である。目標は、スモールステップとして、達成感が得られるよう配慮している。 ・作成した「個別支援計画」は、そのつど保護者と「個別懇談」にて、立案理由や支援の必要性を半年前と現在の子どもの姿を比較しながら伝え同意を得ることにしている。 	

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"> ・個別支援計画は基本的に半年ごとにモニタリング・評価・再アセスメントを経て見直しがされている。モニタリングの根拠資料は、支援のつど記載する家庭との情報共有のツールである「療育記録連絡帳」や通所時の子どもの様子や送迎時の保護者からの聞き取り等で把握する。 ・隣接する同法人保育園に在籍している利用児(登録児の約半数)は、毎月、隣接保育園とのケア会議を開催しており、ここで得た、園で子どもの様子も再アセスメントに反映させている。子どもの併用園や小学校へは責任者(管理者)が年1~2回訪問して担任と情報交換している。 	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

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)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"> ・利用児の通所日の療育内容は、「療育記録連絡帳」に、利用児の様子とともに詳細に記載している。連絡ノートの様式は、個別支援計画と連動しており、半年ごとのモニタリングの基本情報となるよう意識して記入している。また、連絡帳と同様の形式をもつ「療育記録」があり、これには、「連絡帳」には記述できない事項、例えば利用児の行動に対する職員の考察などを付記している。さらに、前日の午後、当日の午前に通所した利用児について昼礼で職員間で話し合った内容を克明に記録している。 ・サービス利用頻度は、就学前の子どもは週に1から2回、放課後等デイサービスを利用する子どもは月に2回が限度である。そのような利用児の個別状況を職員間で継続して共有を図るため、朝礼で通所予定の子どもの状況を確認し合う。また、特に配慮が必要なことは業務日誌に付箋を付けて確実に支援に生かすといった工夫もしている。 ・利用児に関する記録の書き方は、職務遂行要領書に明記し標準化を図っている。加えて管理者等が記録内容の確認をしつつ適切に指導を行っている。 	

Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		評価
判断基準	a) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。	b
	b) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)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"> ・記録の管理責任者は管理者である。契約書には、記録の保管期間や開示請求に応じることが記載されている。個人情報の保護に関しては法人が定めるプライバシーポリシーに沿い、利用目的を明記した文書で保護者に説明をし、同意を得ている。また、毎年の利用契約更新のつど同意書を交わしている。実践上は、利用児の個別ファイルは、事務室の鍵付きの戸棚(中が見えない)にて保管。基本的に利用児についてのFAX、メールでのやりとりは行わない。廃棄は業者による溶解処分としている。事務室を空室にせざるを得ない際は、机上の書類等は伏せておくようにするなど個人情報の漏えい防止に取り組んでいる。 ・個人情報保護について、「人権委員会」による全職員対象の研修の他、「福祉に従事する者の職業倫理」でも触れていると推察されるが、必ずしも職員全員が理解しているとは言えないことが職員自己評価から読み取れる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録の管理については、個人情報保護と情報開示の2つの観点から管理体制が整備される必要とされ、情報開示については、利用者や家族等から情報開示を求められた際のルール・規程が必要で、情報開示の基本姿勢、情報開示の範囲、利用者への配慮等が求められる。 	

IV 具体的なサービス内容

IV-1 利用者の尊重と権利擁護

IV-1-(1) 自己決定の尊重

IV-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a
	b) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)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"> ・当事業所は、事業所方針に「子どもの権利を守り、一人ひとりもつ力を最大限に発揮できるよう…略…支援する」ことを掲げている。 ・支援の現場では、利用する子どもの発達やコミュニケーション上の障害に応じて、言葉やそれぞれに合った視覚情報(色分け、写真や絵、実物)を用い、遊び・勉強・うた・お話しなどの活動は、希望に沿ったものを準備し、子ども自身が「選ぶ」場や、個別のスケジュール表の提示、「称賛(ほめる)」支援を取り入れ、合理的配慮のもとに主体的な行動を導き出している。また、療育は、職員が介入する場面が多いが子ども同士で決定する状況を意図的に設定することがあり、家庭での生活場面についても保護者と利用児がそれぞれの理解に合わせて決定していくよう働きかけている。 ・職員教育の面では、法人拠点が実施する福祉従事者の職業倫理、合理的配慮の理解などの研修を受講し理解を深めている。研修不参加者への周知徹底が望まれるところである。 <p>なお、近年の福祉サービスにおいて障害の軽重や種類にかかわらず等しく、その自己決定が尊重されるべきであることは自明である。当事業所においてもせめて年長児にはサービス提供上の決まりなどについてその意思を直接問い、実践に活かす機会をつくる工夫を望みたい。</p>	

IV-1-(2) 権利侵害の防止

IV-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	C
	b) -	
	c) 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)0% c)14.3% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・権利侵害の防止への職員教育として、法人人権倫理委員会は、事業グループごとのグループワークを取り入れた人権研修を毎年行い当事業所職員も受講している。これに先立って行われた職員の意識調査(アンケート76項目)は職員が具体例を検証し人権意識を高めることにつながると管理者は述べている。また、事前アンケートによって認識が弱い点について研修を行うことや、研修のたびに事業グループごとの行動指針を立て、実践状況を委員会が中心となって確認することにするなど、法人をあげて人権意識浸透に取り組んでいる。 ・現場で起こりえる緊急やむを得ない場合の身体拘束については、厚生労働省版を短縮し準用した「身体拘束ガイドライン きらり水島版」を策定し、判断・保護者への説明・身体拘束の記録・早期解除に向けての検討等について示し、内部研修で職員周知を図っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この評価基準「利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている」のすべての各下位項目の職員自己評価の肯定的回答は6割に満たない。特に、改めて、非常勤職員を含む全職員へ周知徹底することが課題である。また、子どもの権利侵害防止の取組は家族・地域ぐるみが求められており、保護者に対する啓発活動も欠かせない。 ・なお、この評価基準は、「取組の重要性を鑑み、取り組みが十分でない場合は、「c」評価」とすることが定められている。 	

IV-2 生活支援

IV-1-(1) 支援の基本

IV-1-(2)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
	b) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援者の思いを押し付けず、自由に療育の場で子どもが意思表示できるような条件を整えた支援を自律支援として基本に据えている。すべての療育プログラムにおいて、実践上、見守り→簡単な言葉かけ→ジェスチャー→モデル→最低限の身体介助の順で子どもの発達段階を見極めながら支援をしており、子どもや場面による「見守り」の限界についても職員間で話し合い、家族へは個別懇談（面談）の場で、療育の考え方を説明して了解を得、家庭でも見守りが大切であることを話している。 ・自律や自立生活のための動機づけは、遊び・トイレ・学習等の活動場面で、先の見通しや子どもの嗜好等を動機付けの手立てとしながら、自力でやってみようとする気持ちを育てられるよう関わっている。 ・生活の自己管理として、道具箱の整理、登園時の荷物の準備、制作物を自分のかごに入れる、就学前の子どもの場合「つぎの日の準備」などが家族と一緒に進められるように個別支援計画の課題として取り組みをしている例もある。また、「自分でできる」を増やすことや「活動上のルールを理解する」「健康面で異常があるときには自分で他者に表現できる」といったことも取り組みとしてあげている。 ・行政手続きや生活関連サービス等の利用については、保護者との相談過程で実施している。 	

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) 87.5% 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"> ・コミュニケーション(意思表示や伝達、理解)に障害をもつ子どもが利用している事業所である。コミュニケーション能力の向上は、当事業所では支援の中核となっており、複数職員によるアセスメントと個別支援計画に基づいてサービス提供をしている。療育場面でのコミュニケーションは、家庭での状況、子どもの発達や特性、生活場面に応じて、ジェスチャーやコミュニケーションカード、絵・写真・実物の提示といった様々な視覚情報を、一人ひとり最も適切な方法となるように選択・工夫して用いている。また、療育場面で子どものコミュニケーション状況の変化(発達)を把握するように努め、職員間でコミュニケーション方法の再検討をし、表現の幅が広がるよう取り組んでいる。また、意思疎通が困難な保護者についても、就学等子どもの環境の変化に沿って養育ができるよう併用園と連携し、組織全体で相談等の対応をしている例もある。 	

IV-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	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"> ・職員と子ども1対1の個別療育を行っており、支援職員はこの療育場面をとおしてジェスチャーやコミュニケーションカードなどによる子どもの意思表出に沿った支援をしている。利用者(保護者)調査の結果も、10割近い回答者が「子どもの気持ちを大切に接してくれている」としている。 ・保護者とは定期的に年3回は、意向を把握する機会(個別懇談)があり、日常的には送迎時等に子育てや進路などに関する相談も受けている。相談については、送迎時以外にも希望による相談が可能であることを重要事項説明書に明記し、別室での対応も行うなど相談しやすい環境づくりに努めている。 ・保護者からの相談には、思いを受容し助言や情報提供などで応じている。利用者(保護者)調査では8割を超える回答者が、相談が役立っていると回答している。また、相談は、管理者(児童発達支援管理責任者を兼任)の同席を原則とし、内容によっては記録に残すとともに子どもの気持ちも確認してニーズの整理をした上で計画に反映させている。家庭における子どもの困りごと等は、計画に反映させることが多く、就学前の子どもの場合「つぎの日の準備」などが家族と一緒に進められるように個別支援計画の課題として取り組みをしている例もある。 <p>なお、子ども自身の意思の尊重という観点から、小学生や年長の幼児などは、支援職員に伝えたいことを伝えられる場(意思を表明できる場)を意図的に設ける工夫が望まれる。また、保護者への相談は、その意思決定支援としての「相談」として、相談の受け方、記録の取り方等の再考が望ましい。</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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日々の実践は個別支援計画に基づいて行われている。記録(「療育記録連絡帳」で保護者への連絡帳も兼ねている)には個別支援計画項目が「ねらい」として予め印字されており、それぞれどのように実施されたかを活動後すぐに記すようになっている。 ・支援活動は、個別のお勉強・あつまり・設定活動・プレイフロアでの遊び活動となっている。1回の支援活動でこれらのどの活動も行うように構成され、それぞれの活動内容は、子どもが選択できるようにカードや現物が提示されている。外に出る機会が少ないという保護者の声を反映し、通常の活動に、園庭・砂場・散歩等の別メニューを取り入れる努力もし、少ないながらもクッキングや児童図書館の利用、隣接保育園でのイベントに参加する機会も設けている。管理者は、通園日によってはその機会に恵まれないことがあることを課題と考えている。 ・個別支援計画の見直し時には、遊びや環境設定の再検討や支援計画に該当しない支援についても関わりの統一を検討するなど、活動や支援内容の見直しも行っている。 ・保護者への地域生活における文化・レクリエーション、その他の活動に関する情報は、法人企画のイベントや外部から受ける情報を、掲示や「きらり通信」(月1回)に掲載して提供している。 ・放課後等デイサービス(月1~2回利用)の場合、自由時間(宿題に取り組む)、勉強(学習に沿った課題への取組)、社会のルールを学ぶなどの取組みになっているが、どちらかと言えば、保護者が適切に子どもの状態を理解することを学ぶ保護者支援が焦点になっていると管理者は述べている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護者への地域生活の様々な日中活動の情報提供については、子どもがそれぞれの地域で生活することを視野に入れて、意図をもって提供することが求められる。今後の取組みに期待する。また、本評価基準「個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている」の職員自己評価の肯定的回答は、すべての下位項目で6割に満たず、この点も評点に反映した。今後の取組の充実に期待する。 	

IV-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
	b) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)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"> ・当事業所の利用児は、自閉症スペクトラム(広汎性発達障害)、知的障害、ADHDなど多様な発達障害をもつ。軽度の肢体不自由をあわせもつ子どもの受け入れも行う。基本的に職員は、発達障害療育の専門職育成を役割に持つ法人内の事業所を経て配置されるため、リーダー層は、どの職員に対しても適切な助言やOJTによって職員の専門性向上に助力することができる。さらなる専門性涵養を意図して新人・希望者を対象とする研修プログラム(自閉症スペクトラム・幼児の発達・発達検査に関して等)が組まれている。また、職員は法人専門研修の他、外部研修にも積極的に参加し職員会議(月1回)で内容の報告をして相互に専門性を高めている。 ・実践面では、個別支援計画策定時や職員会議の場で、各児のアセスメントシートを基に、発達の姿から考えられるそれぞれの特性等を検討してまとめ、各児に関する情報と支援方法等の共有を図っている。また、屋礼時にも当日(午前・午後)支援する子どもたちの情報共有の時間をもっている。 ・行動障害など個別的配慮が必要な子どもへの対応は、行動の背景を読み取り、興味を他に移すなど適切な対応を十分に議論して統一し、個別支援計画化して支援をしている。屋礼時には振り返りなどによって、支援の適切性を吟味・検討している。判断や対応が困難な場合は、水島地区にある法人児童発達支援センターから助言を得て対応している。 ・また、子ども同士の関係性を把握し、その行動特性に応じて職員の介入や意図的に個別スペースへの誘導や、過ごす時間を別にするなどして、子ども同士の関係調整をしている。暴言があるような場合は、SSTなどを個別支援計画に取り入れて実施している例もある。 	

IV-2-(2) 日常的な生活支援

IV-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	b
	b) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)14.3% 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"> ・昼食は、給食をとる子どもと弁当持参の子どもがいる。給食は、隣接の法人保育園の栄養士が、必要カロリー摂取量内で、子どもらしい季節感のある食材等に配慮して策定するメニューに基づいて調理されたものが運ばれる。楽しく食べられるように、パーティション等で小さな空間をつくる、職員や他児の席にも配慮するなど、食事に集中できる環境づくりをしている。 ・アレルギーがある場合は、栄養士が医師の指示書に基づいて保護者への面談をし、詳細の確認をして代替え食などの提供をする。偏食がある場合は、保護者とも相談しながら量・食材等を加減しつつ、「食事」に対して意欲的に向き合えるよう支援する。保護者からは「家庭では食べない」といった相談もあり助言をしている。また、それぞれに合った食具の使用を保護者や併用園と検討しながら進め、食後の歯磨き指導もおこなう。保護者の疑問に答えて歯磨き「仕上げ」について助言することが多い。 ・入浴はサービス提供していないが洗髪を嫌がる子どもに対する助言などは行っている。また、清拭については保護者の確認が得られている場合に限り実施している。 ・排せつ支援は、個別支援計画に基づいて個々の発達段階に応じ、必要な支援を行っており、家庭での取り組みに繋がるよう、職員の関わりや支援環境を統一する等、工夫している。子どもの生活状況によっては、大人用のトイレや和式トイレの練習を取り入れることもある。 ・乗乗・移動の支援を必要とする子どもは現在ないが、必要時には子どものかかりつけのOT・PT・STや、法人内のOT・STの助言・指導を受けている。 <p>■ 改善課題</p> <p>本評価基準「個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている」の多くの下位項目についての職員自己評価の肯定的回答は、5割に満たない。この点を評点に反映した。さらなる充実に期待する。</p>	

IV-2-(3) 生活環境

IV-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。		評価
判断基準	a) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	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)0% c)0% 無回答)14.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・プレイエリア(療育室)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するなどの工夫をしている。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(療育室・トイレ・衛生・救急箱、窓ガラス等、計44項目)によって毎月一度、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、確認された破損箇所はすぐ直すことにしている。その他、当事業所では、毎週点検、年2回点検、年3回点検の個所を決めて実施し、月単位の集計を行って危険個所の検討をつけるなど安心できる環境づくりに努めている。また、室内は、清潔さや子どもらしい雰囲気かつ(障害特性に配慮して)刺激の少ないシンプルな環境づくりを心がけている。時間帯や季節によっては遮光が必要なためカーテン・エアコンを利用し空調に配慮している。 ・一人遊びや、遊びからのカムダウンとして、また、体調がすぐれない子どもなど、子どもの必要性に応じてプレイエリア内に個別スペースを設置し、休息を要するような場合は、プレイエリア外の職員が常時見守れる場所に布団を敷いてスペースを確保するなど配慮している。 ・遊び場面で豪言を吐く、暴力やイラつきが見られる場合などは、特性を踏まえ、別室での対応が必要な場合・本人からの希望のサインがあった場合には、一時的に別室で職員が付き添って対応をする。</p> <p>■ 改善課題 ・子ども一人ひとりの快適性・安全性に配慮を行き届かせている事業所である。この評価基準「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」では、生活環境(療育)全体を視野に、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が求められており今後に期待する。また、職員自己評価も評価基準の多くの下位項目において肯定的回答が6割に満たない。子どもの安心・安全という大切な基準であるので、さらなる充実への期待を込めてこの点も評点に反映した。</p>	

IV-2-(4) 機能訓練・生活訓練

IV-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	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)57.1% b)14.3% c)14.3% 無回答)14.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・生活訓練は着脱・登園時・帰園時の一連の流れ、食後の歯磨きなど、機能訓練としては指先の力をつける訓練を遊びや細かな塗り絵など楽しみながら取り組める活動をおして行っている。これ等の訓練は、子どもが「できた」の経験を重ねていけるようショートステップゴールとし、個々の発達段階に応じて見守りや手を添える・やって見せるといった補助的な支援をしている。 ・訓練に際しては、可能な限り子どものかかりつけの医師・リハビリ専門職の助言を得るようにし、また、法人内のOT・STの助言・指導を仰ぐようにしている。例えば、舌の動きの訓練に飴を使ってみることや細いストローを使って水を飲むなどである。必要に応じて通院先のリハビリの現場を見学して療育でも実践し、その結果や感想を保護者に伝達して、通院先に情報提供してもらうなど、子どもの状況に合った適切な訓練となるよう関係機関、専門職とも連携した取組みも見られる。 ・これ等の取組は、原則として個別支援計画に基づいており、毎月、または6ヶ月の間隔でモニタリングを実施している。</p> <p>なお、本評価基準「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」の下位項目に対する職員自己評価は、5項目のすべてが4割を下回っていた。しかし、他機関専門職との連携による機能訓練など、他事業所と遜色のない取り組みを行っており、この点を評価に反映した。</p>	

IV-2-(5) 健康管理・医療的な支援

IV-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	b
	b) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)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"> ・登園日の健康状態は、登園時に連絡帳に沿って持参する健康日誌^{注)}を基に口頭でも保護者から体調の確認をしている。てんかん発作がある場合は、療育中2回の検温を実施し、便の状態や、表情等からも普段と異なる状況に気づけるよう、職員間で声を掛け合っている。多くの子どもは、かかりつけ医や併用園をもっており、該当しない子どもについては、3歳児健診受診を勧めている。また、偏食に関する相談等は隣接保育園の栄養士も保護者に会ってあって相談にのり、個別支援計画化して事業所としても取り組み、障害や年齢等の状況に合わせた個別のポスターを掲示するなど支援の面からの健康の維持増進への配慮も見られる。 ・職員は、実技を含む感染症やアレルギー等への対応と救急法を毎年受講し、予防と緊急時に備えている。子どもの体調変化は、マンツーマン対応であることもあって療育の場、特に遊びの場で把握することが多いという。そのような場合は、速やかに対応できるよう所定の方法で行っている。(注)健康日誌は、日々、利用児が変わる事業所として、子どもの健康状況を点(当日)だけではなく帯(2か月分)で捉える方法として平成29年度から使用している当事業所独自の様式、子どもの健康状態(発熱・かぜ・発疹など)を保護者が記入し登園時に持参する) <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本評価基準「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」の下位項目に対する職員自己評価の肯定的回答は、全体に6割を下回っている。特に、体調変化時の迅速な対応について約半数の職員が肯定的回答をしていない点も重視し、評点に反映した。支援の充実に向けて今後の取組に期待する。 ・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、「多くの子どもは、かかりつけ医や併用園をもっており、該当しない子どもについては、3歳児健診受診を勧めている」(上記)。こうした取組みが今後も確実に継続されるよう、文書化し、職員間で情報共有しておくことが望まれる。 	
IV-2-(5)-② 医療的な支援が必要な手順と安全管理体制のもとに提供されている。		評価
判断基準	a) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	
	b) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されているが、十分ではない。	
	c) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)14.3% c)14.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>原則として、服薬管理を含め医療的支援は行われていない。岡山県保健福祉部障害福祉課による本評価基準に基づき非該当である。</p>	

IV-2-(6) 社会参加・学習支援

IV-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の希望を意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
	b) 利用者の希望を意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望を意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)42.9% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護者の社会参加支援として、水島拠点での取組み(サポーター養成講座など)や隣接保育園のイベント等の情報提供をしている。また、社会福祉現場として実習生の受け入れをし、子どもとの交流の目論見をしているが人数も期間も限定され常態の取組みにはなっていない。 ・学習支援としては、幼児や放課後等デイサービスを利用する子ども(学童)に個別療育の時間に学習課題を設定することがある。課題は本人の興味や保護者の要望も参考にして検討する。放課後等デイサービスの利用児は、自由時間の過ごし方として本人の希望で宿題を持参する場合があります。個別スペースを使って子どもの理解に添いながら助言・指導している。 ・当事業所は、障害をもった子どもの発達支援に特化した取組を行ってきた経緯もあって、子どもや保護者の地域生活上のニーズに応える取組みは弱く、事業所の自己評価も十分ではないとしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この評価基準では、一人ひとりの子どもの社会参加や学習のための支援が求められている。つまり、地域生活や学習に関するアセスメントが必要で、保護者とも十分に話し合ったうえで、個別的な支援(地域生活上の情報提供を含む)を展開することが求められている。今後の取組に期待する。 	

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。	a
	b) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所は「生涯生活できる地域環境づくり」を事業所方針に掲げ、「水島地区における園、小学校、関係機関と連携し、子どもを取り巻くチームで支援を展開する」(29年度事業計画)としており、事業所では、水島から玉島地区の園・学校への訪問を通して顔の見える関係性を築いていくことや、保健師・医療機関との連携を図って多機関で発達障害をもつ子どもと保護者を支える体制を作っていくことを目指している。 ・地域生活移行や地域生活上の不安や要望は、サービスの終了や就学時に把握することが多く、これ等の課題に対して、進路やサービス移行についての懇談・勉強会・情報提供等を行っている。相談等によって方向性が明確になった場合は、児童発達支援管理責任者(児発管:管理者が兼任)が園や学校を訪問し、療育に関する情報交換や助言等を行うなど、進路や移行先での生活をイメージした取組みを実施するようにしている。就園・就学後も年1~2回児発管が移行先を訪問し、子どもの状況に合った発達支援が継続されるよう支援している。また、要望のある保護者には、移行先へ当該児の障害についての考え方や、適切な関わり方について記した「状況票」を渡して、活用してもらっている。 ・また、移行先となる保育園や幼稚園、小学校で、適切な支援が受けられるよう、保護者自身の力をつける目的で、水島拠点として行っているペアレントトレーニング・サポートブック講習会等への参加を薦めたり、移行先の園や学校と事前の引き継ぎを実施するなど、サービスの移行に伴う地域生活継続を支援している。また、地域の理解者を増やす目的で行われる、児童発達支援センター主催のサポーター養成講座には事業所職員も参加している。 	

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) 100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族(保護者)には、年2~3回の個別面談を行って困りごとや療育への希望を聞く機会をもっている。日々の送迎時引継ぎ時間や保護者への連絡帳では、通所中の様子や隣接保育園訪問時の子どもの姿、担任職員とのやり取りなどを伝えている。とりわけ、連絡帳は、通所の都度の個別支援計画の進捗の伝達や家族との情報交換ができるよう工夫されている。一方、家族からの相談は、前述の定期面談以外にも随時受けており、必要に応じて個室で対応するなど、十分に話ができる環境も整えて、応じている。 ・体調不良や急変時には、職務遂行要領書に則った保護者への連絡体制ができています。 ・また、家族向けに「きらり通信」(毎月)の発行、併用園等のない子どもの家庭訪問(年1回)、勉強会(年2回サポートブックや、お約束カード等子どもとのコミュニケーショングッズの作成)、保護者同士が悩みを共有する機会として座談会(年3回)、家族見学週間(毎月1週間)ペアレントトレーニング(拠点事業への参画)など、家族の子育て力の涵養と共に、家族がより一層、事業所の療育に対する考え方や取り組みへの理解を深め連携したサービス提供ができるよう環境づくりをしている。 ・なお、放課後デイサービスの利用は、時間、曜日、などが決められているが事業所行事と重なったり、家庭の都合で欠席する場合は振り替え利用を提案するなどしている。 	

IV-3 発達支援

IV-3-(1) 発達支援

IV-3-(1)-① 子ども子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。		評価
判断基準	a) 子ども子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a
	b) 子ども子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 子ども子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自閉症スペクトラム(広汎性発達障害)、知的障害、ADHDなど多様な発達障害をもつ子どもを受け入れている事業所である。 ・発達支援は、基本的に個別支援計画に基づいて行われ、相談支援専門員の利用計画を基に、家族からの聞き取りや、職員による行動観察の他、食事等の日常生活動作やコミュニケーション、活動、個性に関する8カテゴリーの詳細な保護者からの聞き取り情報と、遠城寺発達検査・太田ステージによって発達評価を行い、職員会議で課題の整理表(ニーズを書き出したもの)を作成した上で支援計画を立てている。また、個別または、複数児が参加する活動については、其々のねらいを確認した上で設定し、活動への参加状況によって見直しを行うなど子どもの状況に沿った支援に努めている。 	