

## 福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

### ① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

### ② 施設・事業所情報

名 称：きらり水島	種 別：児童発達支援と放課後等デイサービスを行う多機能型事業所	
代表者：妹山 裕一	定 員：児童発達支援 きらり：10名、児童発達支援と放課後等デイサービス あかり（重症心身障害児対応）：5名	
所在地：岡山県倉敷市水島北幸町2-3		
電 話：086-446-2311	ホームページ： <a href="https://www.cumre.or.jp/">https://www.cumre.or.jp/</a>	
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：きらり（2010年9月1日）／あかり（2022年2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：9名	非常勤職員：6名
専門職員	保育士：4名	保育士：1名
	社会福祉士：2名	社会福祉士：0名
	看護師：1名	看護師：1名
	作業療法士：1名 認定心理士：1名	介護福祉士：1名 児童指導員：2名 運転手：1名
施設・設備の概要	療育室3室（きらり・あかり：共有）、静養室、相談室、	おやつ部屋、職員室、給湯室、トイレ（子ども用・職員用）

### ③ 理念・基本方針

<法人理念>

ともに育ち ともに生きる

<法人方針>

- ① 利用者満足の実現、②集う人の幸せの実現、③強くしなやかな組織づくり、
- ④地域社会への貢献：①・②・③を土台として、法人として地域社会に還元できる体制を整え、また、事業所内で地域の方も参加・利用できる活動（高齢者の体操やマーケット）を基盤に、地域住民の生活圏とつながることによって共助の関係を構築していくこと

#### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

##### ■力を入れている取り組み

- ・ 保護者への相談の方法と機会の拡大（ケアラボ、引き継ぎ）
- ・ 保護者との定期懇談（年間計画で実施）
- ・ 保護者への勉強会とその機会の提供
- ・ 全利用児の年齢に合わせた支援の提供（症例検討を実施）
- ・ 全利用児の権利擁護や虐待防止に関する職員研修
- ・ 全利用児の所属機関への訪問（生活圏での姿の把握）
- ・ 全利用児へのレクリエーションを通じた余暇活動の提供
- ・ 全利用児への保育行事に参加する機会の提供（経験と体験の場）
- ・ 全利用児への買い物活動を通して地域に出向いて社会経験できる機会の提供
- ・ きらりにつながる前段階の発達支援（小ざくら保育園訪問と保護者懇談）

#### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2022年10月 8日（契約日）～ 2023年 3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（2017年度）

#### ⑥ 総 評

##### ◇特に評価の高い点

1. さまざまなツールや場面を活用して子どもの姿を共有し、保護者とともに子どもの発達支援を行っている。また、利用児のみでなく、きょうだい児や保護者自身の生活についても相談を受け保護者支援に努めている

発達に課題を抱えて利用を開始する親子にとって、当事業所は初めての療育的な機関であると認識して保護者の不安や悩みを受け止め、子育ての支援に努めている。

①記録アプリを活用して保護者との連絡をオンラインで行い、その日の活動の様子を動画や写真で視覚的にわかりやすく伝えている。

②お迎え時には、保護者と毎回10～15分間の振り返りを実施している。

③個別面談は、支援計画のモニタリングも含めて年3回実施し、子どもの姿を保護者と共有して、発達の支援を保護者とともに行っている。家庭でのかかわりについても、助言している。子どもとのかかわり方を学ぶ機会として、ペアレントトレーニングの実施もある。

④所属の保育園や幼稚園を年2回訪問し、所属園と連携しながら支援を行っている。子どもの発達支援と保護者支援につながっている。

⑤所属園を持つ子どもがほとんどであるため、保護者会は設けていないが、季節ごとのレクリエーションの実施時には親子で参加してもらい、保護者懇談会を行っている。子どもの発達に悩みを持つ保護者同士が気兼ねなく話せる交流の場となっている。

⑥保護者からの相談は、通所している子どもに関することだけではないので、きょうだいや保護者自身の生活についても一緒に考え、必要な情報提供を行うとともに、不安や悩み等を吐露することで安定できるようにかかわることを心がけている。安心できる環境のなかで子どもが育つよう、保護者支援に努めている。

## ◇特に改善を求められる点

### 1. 事業所の経営課題に関する現状分析や事業所内における周知・共有の取り組みが徹底しておらず、課題解決に向けて組織が一丸となる体制づくりが十分ではない

理事長および法人本部が中心となって経営環境を取り巻く内外の状況を把握して、中期経営計画を策定するとともに法人全体の事業実施体制の見直しを行いながら取り組みを進めている。具体的には今年度の「5 拠点+1 基地」と称する体制により各拠点に「拠点長」を配置し、拠点ごとの経営責任体制の再編を図ろうとしている。

しかし、当事業所では、稼働率の向上などの経営課題に関する現状分析が十分に行われておらず、事業所内の課題の周知・共有も徹底していない。人事異動などにより職員体制が整っていないという側面はあるが、管理者の役割は、課題の解決に向けてリーダーシップを発揮し、組織が一丸となって取り組む体制づくりを行うことである。

また、事業所の経営課題について「拠点ミーティング」等で協議しているものの、事実上は報告・共有にとどまり、現状では課題の解決に向けた検討や、取り組みの具体化には至っていない。拠点と管理者との間の責任体制や役割分担の明確化も含めて、取り組みを強化することを期待する。

### 2. 事業所の職員育成の取り組みが十分ではなく、看護師、心理士等の専門職の育成と活用に関する方針や計画も明確ではない

事業所における職員育成の取り組みが十分ではない。職員の自己評価では「職員一人ひとりの目標設定の適切性」「職員に必要とされる専門技術等の明示」に関して、肯定率が低い。

勉強会のテーマ設定や運営方法などを工夫し、職員が主体的に取り組めるように意図しているが、事業所内研修の計画が必ずしも明確に定められていない。事業所における育成課題の明確化も含め、取り組みの強化が求められる。

また、看護師、心理士等の専門職の育成と活用に関する方針や計画についても明確ではない。法人では「看護師連絡会」や「セラピスト連絡会」を設けて、それぞれで情報交換などを行っているが、それらの専門職を法人および事業所でどのように育成し、活用を図っていくのかに関する方針および取り組みなどが明確でない。

当事業所では、医療的ケアが必要な子どもの受け入れを開始し、職員を増員しているので、改めて当事業所の特性を踏まえた職員研修あり方や人材育成について検討することが求められる。

## ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受審するなかで、これまで目を向けていなかった点にスポットライトが当たり、個人的には良かったと思います。管理者としての課題も明確に出ているので、改めて他者からの視点や意見が入ることで気づきが得られると感じました。

そのなかで感じることは、やはり事業所内だけで抱え込んで解決できる課題ばかりではないという点です。特に、今回の人材育成については、医療的ケア児を取り囲む多職種の役割や職域に関しては、その職種にしかわからないことも十分あります。その職域の職員が事業所でどのように役割を持って働くかをトップダウンではなく対話を持って目標を検討していけると改めて感じる部分と、まず育成という点で、専門職員の育成プログラムを法人が明確に掲げることの重要性を感じました。

特に今回の重心型事業所は、新たに立ち上げるところからスタートしているので、人員も経験がある職員ばかりではない点を考慮しても、管理者が運用と人材育成の全てを抱え込むことは難しい。今まで事業展開していたものと新たに事業展開するものと、職員同士でも隣の姿はよく見えるもので、お互い事業所の職員全員が同じ方向を向くためには、事業所外からの意見をうまく取り入れる方がよいとも思います。

しかしながら、この「他からの意見」とは誰からの意見なのか、どのような形にして現場に伝えるかなど、新たな課題は出てくることも想定できますが、事業所内からではない意見としては個人の感情も入りやすく、受け入れやすいものになるのではないかと思います。

## ⑧ 第三者評価結果

別紙「第三者評価結果」に記載している事項について公表する（p.5～34）。

● 共通評価基準

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-1 理念、基本方針が確立・周知されている。

【1】I-1-1-1-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		評価
判断基準	a) 法人、福祉施設・事業所の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	a
	b) 法人、福祉施設・事業所の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人、福祉施設・事業所の理念、基本方針の明文化や職員への周知がされていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)92.3% b)7.7% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として基本理念、基本方針、行動指針を明文化し、ホームページや広報誌『クムレだより ふれあい』等に掲載している。基本理念である「ともに育ち ともに生きる」は、利用者や家族・職員はもとより、地域の人々とも「ともに」という考え方を包含したものである。</li> <li>・法人では正職員と嘱託職員Aにブランドブック(組織の理念等を職員に理解・浸透させることを目的として配布している小冊子『クムレ10の心得』)を携行させ、また嘱託職員Bなどには名刺サイズのカードに理念等を記載したものを所持している。新採用時研修や非常勤職員に対しても、法人の基本理念等の理解の浸透を図るために、全員を対象に研修(理念研修)を行っている。また、拠点会議などの法人の大きな会議では、参加者が基本理念等を唱和することをルール化している。</li> <li>・新人職員に対するOJTのチェック表の冒頭に、法人の基本理念や基本方針を理解させることを示している。</li> <li>・当事業所では、職員会議の冒頭で『クムレ10の心得』などを唱和しているほか、中途採用職員に対しては管理者が個別に説明している。</li> <li>・利用している子どもの保護者に対しては、契約時に配布する「ご利用案内」の冒頭に「法人理念」「基本方針」「行動指針」を明示して説明し、周知に努めている。</li> </ul>	

I-2 経営状況の把握

I-2-1 経営環境の変化等適切に対応している。

【2】I-2-1-1-① 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		評価
判断基準	a) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
	b) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が把握されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)30.8% b)30.8% c)0.0% 無回答)38.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、少子高齢化が進むなか、法人を取り巻く環境や経営状況についての把握と分析に努めている。理事長および法人本部が中心となって社会福祉事業全体の施策の動向を把握し、執行役員会および経営会議(課長級以上)で法人全体の方向性を決定する。</li> <li>・法人では、各事業所が所在する地域を「拠点」として体制を組んで活動しているが、今年度は新たに5つの拠点に分けるようにし、法人の管理部門や各拠点への支援を行う法人本部機能を「基地」として「5拠点+1基地」の体制と称している。</li> <li>・新たな拠点には「拠点長」を配置して管轄する各事業所の経営責任を担わせるとともに、法人の幹部職員が参加する「拠点会議」や各事業所の管理者等が参加する「拠点ミーティング」によって法人の方針の周知と拠点内の各事業所の取り組み状況の共有に努める体制を敷いている。</li> <li>・当事業所も、5つの拠点の一つに位置づけられ、管理者は事業所の代表として「拠点ミーティング」に参加し、自事業所の稼働率などの経営状況について報告するとともに、拠点内の他の事業所や法人を取り巻く環境等についての情報を把握している。なお、管理者は当事業所の職員に対して、法人から周知するよう指示があった事項と、自ら「職員への周知が必要である」と判断した事項を知らせている。</li> <li>・当事業所では、毎月の職員会議でヒヤリハットや事故の報告や拠点会議などの内容の報告を行うとともに、今月と来月の予定などについて情報共有している。</li> <li>・当事業所は「きらり」(重症心身障害児以外を対象)と「あかり」で構成される。そのうち「あかり」は、2022(令和4)年2月から、重症心身障害児を主たる対象とする児童発達支援事業と放課後等デイサービス事業を開始したところである。そのため、利用者の確保とさまざまな体制整備を行うことが課題となっている。なお「あかり」では、職員会議とは別に「あかり職員会議」を開催して「あかり」内における確認事項と決定事項について協議を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・拠点会議で事業所の現状や課題の共有に努めてはいるが、事業所内への周知は管理者の判断によって行い、例えば稼働率などについては周知していない。</li> <li>・事業所の経営状況について、どの程度まで職員に周知するかについての検討も含め、経営状況の把握と分析の強化を期待する。</li> </ul>	

【3】I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		評価
判断基準	a) 経営環境と経営状況の把握・分析に基づき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
	b) 経営環境と経営状況の把握・分析に基づき、取組を進めているが十分でない。	
	c) 経営環境と経営状況の把握・分析に基づく取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)30.8% b)30.8% c)0.0% 無回答)38.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・理事長および法人本部が経営課題を明確にし、法人本部を含む「5拠点+1基地」の体制を整備して、組織的に経営課題の解決に向けて取り組んでいる。</li> <li>・法人は、新たな「5拠点+1基地」の体制のもと、各事業所で完結するサービス提供にとどまらない地域共生社会の実現に向けて、拠点長の責任と役割の明確化、ICT化、人材確保や人事システムなど人材マネジメントの見直しなどに取り組んでいる。また、各事業所では、それぞれの本来の事業所経営を行っている。</li> <li>・拠点では、毎月の「拠点ミーティング」で、中期経営計画に基づく公益的な取り組みの状況、各事業所の現状と課題、その改善策などについて協議し、次月からの取り組みにつなげている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経営課題は「拠点ミーティング」などで協議・共有されているが、事実上は状況の報告にとどまっている。当事業所の稼働率の向上や職員育成なども含めた経営課題の解決に向けた取り組みの具体化も、必ずしも十分ではない。</li> <li>・それらを担う役割や責任体制の明確化も含めて、今後の取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

### I-3 事業計画の策定

#### I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

【4】I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	a
	b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画又は中・長期の収支計画のどちらかを策定しておらず、十分ではない。	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)69.2% b)0.0% c)0.0% 無回答)30.8%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の変化を把握し、それらを踏まえて「クムレ中期経営計画2025」を策定している。この計画は、国の唱える「地域共生社会」の実現に向けて、拠点体制による切れ目ない支援を行い、国際連合が採択した持続可能な開発目標(SDGs)にもつながるものと位置づけ、取り組んでいる。</li> <li>・法人の基本理念のもとに「地域共生社会の実現と拠点体制の構築」を目指して「多様な生きるを実現する地域づくり」などの3つの方針を掲げ、それぞれ具体的な取り組みの内容を明示している。</li> <li>・中期経営計画については、経営会議のなかで必要に応じて見直している。今年度は事業実施体制をこれまでの2拠点制から5拠点制に再編し、人財マネジメントの見直しなどに取り組むなど、計画的に「クムレのありたい姿」(ビジョン)に向かうためのしきみを整えている。</li> </ul>	

【5】I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 単年度計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	b
	b) 単年度計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)61.5% b)7.7% c)0.0% 無回答)30.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の「くみれ中期経営計画2025」を踏まえて拠点ごとに事業計画を策定し、その内容を踏まえて、各事業所では単年度の事業計画を策定するしくみである。</li> <li>・単年度の事業計画は、すべての事業所が共通のフォーマット(枠組み)を使用して作成している。なお、その共通のフォーマットは、今年度の事業計画から「事業所のありたい姿」「目標利用者数・収入」「利用者支援の充実」「地域共生社会づくりに向けた取り組み」などで構成される新たな様式へと見直している。</li> <li>・当事業所では、法人の方針に則って「事業所のありたい姿」を明示している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新たなフォーマットに変更したことも関係しているかもしれないが、事業計画の「事業所のありたい姿」は何を示しているのかが明確ではない。事業所の3年程度を見通した達成すべき状態(姿)を示しているとすれば、内容は抽象的であり、また「ありたい姿」の達成に向けたプロセス(例えば年次計画における取り組みなど)も読み取りにくい。内容についての十分な検討が必要であるとする。</li> <li>・当事業所の重要な課題である「稼働率の向上」や「職員の育成」などにどのように取り組むのかについて、今後の方針や具体的な取り組みも、明確には示されていない。課題の明確化とともに、事業計画の充実を期待する。</li> </ul>	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

【6】I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		評価
判断基準	a) 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
	b) 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、又は職員の理解が十分ではない。	
	c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.5% b)30.8% c)0.0% 無回答)30.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今年度の当事業所の事業計画は、法人本部が示す枠組みやスケジュール等に準じて、管理者が前年度の実績を踏まえながら、法人内の水島拠点の児童発達支援事業所の管理者と相談しながら取りまとめたものである。</li> <li>・事業計画については、職員に対しては、例年4月の「職員会議」で説明し、周知している。また、計画の進捗状況については、年2回、定期的に確認と見直しの機会を設けている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画は法人の定めた枠組みに沿って取りまとめ、職員への周知にも努めている。しかし、計画の内容からは、例えば「稼働率の向上」や「職員の育成」などの課題は明確には読み取れず、また計画策定段階における職員参画の機会も明確には位置づけられていない。</li> <li>・職員自己評価の結果でも「十分ではない」と4割程度が回答している。さらなる取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

【7】I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		評価
判断基準	a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	b
	b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 事業計画を利用者等に周知していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.5% b)30.8% c)7.7% 無回答)23.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に対しては、広報誌『くムしだより ふれあい』を配布している。毎年度の最初の号には、当該年度の法人の事業の方針、新たな事業などが掲載されている。</li> <li>・事業所では、年度ごとに「ご利用案内」を作成し、その冒頭に法人理念、基本方針とともに「きらり水島事業計画」および「事業所方針」を掲載している。その内容は、契約時に口頭で説明している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に対する事業計画の説明においては、説明資料やその内容が、よりわかりやすく伝わるように工夫されていることが重要である。当事業所では「ご利用案内」で保護者への説明を行っているものの「十分ではない」としている。職員自己評価も上記の通りであり、さらなる取り組みの強化を行うように期待する。</li> </ul>	

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

##### I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

【8】I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a
	b) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。	
	c) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)61.5% b)15.4% c)0.0% 無回答)23.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスの質の向上は法人の「中期経営計画2025」の重点方針の一つに位置づけられ、福祉サービス第三者評価の活用や内部監査の実施による「ブラッシュアップ」(同計画より)をPDCAサイクルで展開することを明示している。</li> <li>・法人では、全事業所に数年ごとに第三者評価を計画的に受審させ、その結果を集約・分析している。受審した事業所は、評価結果を踏まえて改善計画を策定し、その結果を法人主催の「報告会」(役員や全事業所の多くの職員が参加)で発表する体制としくみとしている。</li> <li>・当事業所の今回の第三者評価の受審は、2017(平成29)年度以来、2回目である。今回も評価結果に基づき、職員の意見を聞きながら改善に取り組みたいとしている。</li> <li>・厚生労働省が示す「児童発達支援ガイドライン」に基づく自己評価(事業所、保護者)を毎年度実施し、要望事項や数値は職員会議で周知して、すぐ対応できるものには取り組み、検討を要するものは職員の意見を聞いて対応している。自己評価の結果は、市役所および法人のホームページで公開している。</li> </ul>	

【9】I-4-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		評価
判断基準	a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	a
	b) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。	
	c) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)53.8% b)15.4% c)7.7% 無回答)23.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の方針として、第三者評価の受審や厚生労働省の「児童発達支援ガイドライン」に基づく自己評価の実施によって課題を明らかにし、各事業所に対して改善に向けた計画的な取り組みの実施を促している。</li> <li>・当事業所では、法人の方針に則って改善に向けた取り組みを計画的に具体化している。今回の第三者評価の結果についても、同様に取り組む方針である。</li> </ul>	



## Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

#### Ⅱ-1-1(1) 管理者の責任が明確にされている。

【10】Ⅱ-1-1(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	b
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)23.1% b)38.5% c)15.4% 無回答)23.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者の責任と権限は、法人の組織規程に基づく「職務権限一覧表」や「職務権限規程」に定められている。さらに、キャリアパスのしくみにおいて職員の職務・役割階層ごとに求められる「期待像」と、それに照らした「役割基準」が明示されている。</li> <li>・管理者は作業療法士の資格を持ち、2022(令和4)年2月の「あかり」の立ち上げ時期に就任した。水島拠点の法人内事業所にも作業療法士として関わっている。</li> <li>・管理者自身は、安定的な経営の実現とともに、経験の少ない職員が多いなかで医療的ケアが必要な子どもが増えていることから、子どもと保護者にとって安全・安心な事業所の体制をどのように整備していくかを課題としている。そのため、事業所内の勉強会や症例検討を充実させ、隣接する児童発達支援センターで職員が学ぶ機会をつくるなど、職員の資質の向上に意図的に取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者に対しては、法人の方針に基づきながら、事業所の抱える課題を明確にしつつ、職員とともに具体的に課題解決に取り組んでいく役割と責任が求められる。</li> <li>・しかし、管理者自身も「取り組みが十分ではない」とし、さらに職員自己評価には「管理者の対話が不足している」という旨の意見が複数寄せられている。取組みの強化を期待する。</li> </ul>	

【11】Ⅱ-1-1(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b
	b) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)69.2% b)7.7% c)0.0% 無回答)23.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、法令遵守の取り組みに関しては、行政による集団指導、人権に関する研修会や感染症に関する研修会について、主に行政から情報を得て、遵守すべき法令等の把握とその理解に努めている。また、業務上で必要な法令について疑問が生じた場合には、法人内の先輩職員や法人本部に確認している。</li> <li>・特に、人権擁護、虐待防止、身体拘束禁止に関連する法令について管理者は重視し、職員会議や事業所内の勉強会の機会などを通じて、職員への周知に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者が遵守すべき法令等は、児童福祉法、虐待防止法などの提供サービスに関するものもとより、職員のメンタルヘルスやハラスメントの防止を含めた労務管理、建物設備や災害に備えた法令など多様であり、法人本部のバックアップを得ながらも、自ら理解を深めていくための努力を行うことが求められている。</li> <li>・また、それらの法令等について、同様の理解を職員に促すためのリーダーシップの発揮も必要である。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

Ⅱ-1-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

【12】Ⅱ-1-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、その取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 15.4% b) 46.2% c) 15.4% 無回答) 23.1%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、作業療法士の観点からも、事業所で提供しているサービスの質の向上に意欲を持ち、児童発達支援管理責任者(きらり)とともに、職員の資質の向上に取り組んでいる。</li> <li>・「きらり」と「あかり」の子どもの障害特性の違いを踏まえながら、職員が相互に理解を深め合うことが課題であると管理者は考えている。そのため、管理者は全体的な様子を観察しつつ、事業所内で検討を行うなど、実践的に支援に生かせるように学びの機会づくりを工夫している。また、隣接する事業所との協力体制のもとに職員が学ぶ機会を増やし、それによってサービスの質の向上につなげていこうと試みている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、サービスの質の向上に向けた取組み意欲を持ち、そのための職員の学びの機会の充実に努めている。</li> <li>・しかし、さらに管理者には、サービスの現状に関する課題を明確にし、サービスの質の向上のため、職員の意見を十分に聞き取りながら組織の体制づくりに指導力を発揮していくことが求められる。さらなる取組みの強化を期待する。</li> </ul>	

【13】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。	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) 23.1% b) 46.2% c) 7.7% 無回答) 23.1%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人事、労務、財務等に関する取組みについては、主に法人本部が指導的な役割を担っているため、管理者はそれらの業務には直接的に関与していない。しかし、管理者は月ごとの事業所の利用者数の動向やヒヤリハット・事故について「拠点ミーティング」で報告し、経営に関する課題の共有に努めている。</li> <li>・稼働率が目標に届かず、そのため経営の安定化を図ることを重要な課題としている。</li> <li>・管理者は、職員にとってわかりやすい資料づくりに心がけるなど、業務の改善に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人事、労務、財務等については、主に法人本部が担うしくみであり、ICT化の促進、業務の標準化、サポートセンターによる業務改善なども含めて、経営改善に努めている。</li> <li>・管理者には、それら法人としての経営改善の取組みについて法人本部との役割分担を踏まえながら、当事業所内においてもより適切に業務の実効性を高め、経営の改善意に指導力を発揮していくことが求められる。さらなる取組みを期待する。</li> </ul>	

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

Ⅱ-2-1 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

【14】Ⅱ-2-1-1 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それに基づいた取組が実施されている。	b
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それに基づいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.5% b)23.1% c)15.4% 無回答)23.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として人財の確保と定着を進めるために「キャリアパスのしくみ」を整備し、職員のキャリアアップを支援している。そのしくみは「キャリアパス対応人事処遇制度」「キャリアアップ支援の職員研修体系」「業務目標管理評価制度」によって構成され、それらによって職位に応じた役割資格の明示、キャリアアップ支援の職員研修体系、人事評価制度を連動させようとするものである。</li> <li>・法人は、職員の確保と育成に一体的に取り組むため、今年度は委員会体制を「人財定着委員会」「人財確保委員会」「人財育成委員会」に再編し、新たな人財マネジメントのあり方や体制について検討している。</li> <li>・人財定着委員会は、嘱託職員の業務の見える化や職員の入退職状況の把握を行うとともに、職務基準書に沿って各専門職の業務の標準化についての検討を行っている。</li> <li>・人財確保委員会は、採用活動を担当している。具体的にはホームページやSNS(ソーシャル・ネットワーキング・サービス)にPRや求人情報を掲載し、法人説明会(オンライン)、見学会、職員紹介制度など、特にインターネットを活用した採用活動に力を入れている。</li> <li>・人財育成委員会は、考課者研修、キャリアパス研修、専門職研修などを行っている。</li> <li>・事業所の職員体制の整備に関しては、管理者が法人本部に対して意見や要望を伝える機会があるので、その際に現状を踏まえて要請を行っている。現状の職員体制としては、保育士や社会福祉士のほか、介護福祉士、看護師、作業療法士(管理者)、認定心理士などを配置している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として人財の確保と定着に関する体制の整備に努めている。しかし、当業所における専門職(看護師等)の育成とその活用の取り組みは十分ではない。</li> <li>・法人では「看護師連絡会」や「セラピスト連絡会」を設け、それぞれにおいて情報交換などを行っているが、それらの専門職を法人・事業所としてどのように育成し、活用を図っていくのかに関する方針や取り組みなどは、現状では明確ではない。取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

【15】Ⅱ-2-1-2 総合的な人事管理が行われている。		評価
判断基準	a) 総合的な人事管理を実施している。	a
	b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c) 総合的な人事管理を実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)23.1% b)46.2% c)0.0% 無回答)30.8%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員のキャリアアップのしくみの一つとして、業務目標管理評価制度を整備している。職位階層ごとに「期待する職員像」(職務・役割行動の求められる姿)を明示し、人事考課制度において、役割等級の昇降格等の審査、職員育成のための情報収集などを行っている。具体的には「業務・目標管理評価シート」「要素別評価シート」「キャリアアップ能力開発目標シート」を用いて目標設定面接(5月)、中間面接(10月)、期末評価面接(3月)を実施し、4月にフィードバックを行うしくみである。</li> <li>・それらのしくみについては「キャリアパス運営手引き」などにまとめて明示しているほか、法人のブランドブックに「期待する職員像」を明示して職員に配布している。</li> <li>・法人では、人財マネジメント全体のあり方についての見直しを検討している。</li> <li>・以上は、法人としての取り組みについて評価した。なお、今回の職員自己評価では、この項目に関する評価結果が全体的に低調であったことを指摘しておきたい。</li> </ul>	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

【16】Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		評価
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	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)38.5% b)53.8% c)7.7% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として勤怠管理を電子化し、出勤、退勤、残業申請、残業事後報告などを管理している。管理者はシステム上で職員の労働状況や有給休暇の取得状況を把握し、嘱託職員からは働きやすい時間帯について相談を受け、調整に努めている。なお、当事業所では残業はほとんどない。</li> <li>・個々の職員との面談の機会としては、管理者や児童発達支援管理責任者が日常的なやりとりのなかで職員の意向の把握に努めたり、あるいは人事考課面接の機会などがある。なお、法人は職場の「ハラスメント」に関する相談窓口のほか、法律事務所への公益通報のしくみを設けている。</li> <li>・福利厚生制度として、ソウエルクラブ(社会福祉法人福利厚生センター)および岡山県民間社会福祉従事者育成制度(岡山県社会福祉協議会)に入会しているほか、慶弔見舞金、職員互助会、5年ごとの研修旅行などがある。</li> <li>・法人は、岡山県福祉・介護人材確保対策推進協議会による「おかやま☆フクシ・カイゴ職場 すまいる宣言」の取り組みに参加し、働きやすい職場環境づくりに積極的であるという基準を満たす事業所として、当事業所などを「宣言事業所」として登録している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として働きやすい職場づくりに取り組んでいるものの、当事業所の職員自己評価では、肯定的な回答の割合は、ほぼすべての項目で5割に満たなかった。</li> <li>・その要因の分析を含めて、さらなる取り組みを行うことを期待する。</li> </ul>	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

【17】Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	a
	b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	
	c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)61.5% b)15.4% c)0.0% 無回答)23.1%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、職員(正職員、嘱託職員A)に配布している。また「キャリアパス運営指針」に「人材の育成の方針」を掲げて「使命感、倫理観を有する職員の育成」などを示し、それによってキャリアアップに対応した処遇制度、職員研修体系、業務目標管理評価制度(正職員対象)を連動させ、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、法人が初任者や中堅職員などの階層別に求める専門性および能力を明示し、それを踏まえて、各職員が「業務・目標管理シート」などの所定の様式によって目標を立て、上席の職員との面接を経てそれを決定する。その進捗管理は、目標設定時面接(5月)、中間時面接(10月)、期末評価時面接(3月)を経て、そのなかで目標の遂行度・達成度を評価・決定し、4月中旬に各職員に対してフィードバックを行うしくみである。</li> </ul>	

【18】Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	
	c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)61.5% b)30.8% c)0.0% 無回答)7.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人のキャリアアップのしくみの一つとして「キャリアアップ支援の職員研修体系」を整備し、職位階層別にOJT、OFF-JT、SDS(自己啓発支援)の内容を定めている。</li> <li>・OJTでは、新任職員の早期育成を目的とした「クムパートナー制度」を設け、主に新任職員を個別に担当する先輩職員(クムパートナー)を任命し、社会人・職業人としての育成を図るしくみとしている。</li> <li>・OFF-JTは、法人による研修(常勤職員対象の階層別研修、嘱託職員および中途採用の正規職員対象の研修、災害対策やリスク管理などの研修)、法人が設置している各委員会主導の研修(感染症対応の研修など)、事業所内の研修、外部の研修機関による研修に区分し、実施している。</li> <li>・法人は、今年度は「支援のあり方ブック」を作成し、そのなかに法人内の各事業所で行ってきた「自立、尊厳、ハビリテーション」の考え方、発達の道すじ等の取り組みをまとめて全職員に配布し、中途採用職員対象の研修などの際に活用している。</li> <li>・当事業所では、職員を法人内の「児童発達支援センター クムレ」の研修会に参加させている(新人職員の参加は必須)。また、事業所内でも、週1回、職員が「人権擁護」「虐待防止」「KYT(危険予知トレーニング)」などのテーマを持ち寄り、勉強会を開催している。この勉強会の講師は、管理者を含めた正職員が持ち回りで担当する場合が多く、その内容も一任して実施している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として職員研修の体系を整備し、取り組んでいる。しかし、当事業所では管理者などが中心となってテーマを持ち寄る学習の機会を「勉強会」として意図的に設けてはいるものの、計画的な研修の取り組みとは言えない。また、看護師、心理士などの専門職の育成に関しては、その方針や研修計画が明確にされていない。</li> <li>・事業所内における研修課題の明確化と、計画的な研修の実施、さらには専門職の育成や教育・研修のあり方について、今後のさらなる検討が求められる。</li> </ul>	

【19】Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	b
	b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)69.2% b)23.1% c)0.0% 無回答)7.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、クムパートナー制度によって、OJTを組織的・計画的に実施している。同制度は「クムパートナー」が新任職員に対して社会人および職業人として求められること等について指導を行うとともに、日常的な相談への対応を行うものである。具体的には「OJTチェックシート」を用いて四半期ごとに業務の習得度を確認するとともに、指導を受けている職員は2週間ごとに「研修ノート」に業務に関する所感を書き、それに対するアドバイスコメントをクムパートナーが記入し指導を行うことをルールとしている。</li> <li>・法人による階層別研修は対象者が特定されているため、当事業所では対象となる職員をそれに参加させている。外部の研修機関による研修は、開催情報などの案内を回覧し、受講を希望する職員を参加させている。</li> <li>・職員が業務に必要な資格を取得することを法人として奨励し、資格試験の受験費用や資格更新の費用の助成を行っている。</li> <li>・事業所の「勉強会」には、正職員であるか嘱託職員であるかを問わず、全職員が参加している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、法人による階層別研修やテーマごとの研修および組織的なOJTの実施によって、非常勤職員を含めて職員一人ひとりの研修の機会の確保に努めている。</li> <li>・しかし、看護師、心理士などの専門職の教育・研修のあり方については方針や研修計画が明確でなく、今後の課題となっているので、さらなる検討が求められる。</li> </ul>	

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

【20】Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		評価
判断基準	a) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	b
	b) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。	
	c) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備しておらず、教育・研修が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)30.8% b)30.8% c)0.0% 無回答)38.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・教員対象の介護等体験の実習生や通信制の高校生の体験実習を受け入れている。 ・介護福祉士、社会福祉士などの実習の受け入れ実績はない。</p> <p>■ 改善課題 ・必要に応じて法人内の他事業所との協力体制も整えながら、より積極的に実習生の受け入れを行って、福祉人材の育成に寄与していくことが望まれる。</p>	

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

【21】Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	b
	b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)84.6% b)15.4% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・ホームページおよびSNS(Instagram)を開設し、いずれも法人の「広報メディア委員会」が運営を担当している。ホームページには、法人概要、事業案内、公開情報(財務情報、第三者評価の受審結果、事業計画・事業報告など)、採用情報などを掲載している。そのなかで、各事業所が日常的な様子を発信している「ブログ」は、法人として特に積極的に更新する方針が打ち出されている。当事業所では「ブログ」について、稼働率の向上につなげたい意向もあって「あかり」における取り組みを中心に、月1回の更新を目標にして取り組んでいる。 ・法人の広報誌『くもレたより ふれあい』を年3~4回発行(約1,000部)発行し、利用者や後援会の会員などに配布している。 ・2020(令和2)年度から、年度ごとに『くもレポート』を発行して関係機関や利用者の家族に配布している。これには、前年度事業報告、決算、職員の状況(年齢、男女構成比、採用者数、離職者数、労働時間等)、新年度事業計画などを明示している。誌面には、写真、数値、イラスト等を多用し、読みやすさ、わかりやすさのための工夫に努めている。 ・なお、苦情・相談の受付・解決の体制やその内容に関する情報公開については、現在、法人において実施方法やその内容について検討中である。</p> <p>■ 改善課題 ・法人は、ホームページ、SNS、複数の広報誌などによって、法人の基本理念はもとより、日常的な活動内容、第三者評価の受審結果、財務諸表などを公開し、積極的に事業運営の透明性の確保に努めている。 ・苦情対応等についての公開については法人において現在検討中であり、今後の取り組みを期待する。</p>	

【22】Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。		評価
判断基準	a) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
	b) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われているが、十分ではない。	
	c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)46.2% b)23.1% c)7.7% 無回答)23.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として経理規程および同規程細則を定め、予算、金銭の出納、物品購入や設備工事の契約額に応じた決裁区分および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>・また、内部監査規程や内部管理体制の基本方針を定めている。これらの実務は、法人本部が担っている。</li> <li>・法人は、公認会計士に業務を委嘱するとともに、その指導を受けている。</li> </ul>	

## Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

### Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

【23】Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	b
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)61.5% b)15.4% c)0.0% 無回答)23.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、基本理念や中期経営計画のなかで「誰もがその人らしく生きる地域・社会を目指すこと」を明確に掲げている。</li> <li>・当事業所では、保護者向けの図書(子どもの発達に関するもの、子どもへの声かけの方法に関するものなど)を玄関付近に置き、希望者には貸出しもしているほか、子どもや保護者が利用できそうな行政のイベントや制度について紹介する通知などを中心に事業所の『きらり通信』に掲載したり、ケアコラボの情報共有機能を活用するなどして保護者に対して情報発信している。</li> <li>・職員と一緒に買い物に出かけたり、隣接する法人内の保育所の行事に参加したりするなどの取り組み例がある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもや保護者・家族が利用できそうな行政サービスに関する情報などの提供に努めているが、利用している子どもの多くが幼稚園や保育所などの利用を主とし、当事業所の利用は補助的である場合が多いこともあるためか、事業所の取り組みとしては情報を提供する範囲にとどまっている。</li> <li>・法人の「地域とともに」という理念に則り、隣接している法人の地域交流拠点「ひろば にじいろ」などと連携しながら、子どもと家族が地域との交流を広げるための取り組みを、さらに強化していくことを期待する。</li> </ul>	

【24】Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		評価
判断基準	a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	b
	b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)69.2% b)15.4% c)0.0% 無回答)15.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、地域共生社会づくりの一環として位置づけて、各事業所の取り組みや季節のイベントなどのボランティアを常時募集し(ホームページに掲載)、ボランティア活動者には「クムしいきポイント」を付与して、1年間で貯まったポイント数に応じて法人内の事業所の製品と交換する取り組みを行っている。なお、当事業所もボランティア受入事業所の一つに位置づけられている。</li> <li>・ボランティアの受け入れに関する手順書は法人が整備し、受付の流れなどを明示している。受け入れにあたっては、個人情報保護に関する誓約書を取り交わしている。当事業所では、学生などのボランティアに、子どもの自由遊びの相手などを担ってもらう等の協力を得ている。</li> <li>・上記のほか、当事業所では、中学生の職業体験(チャレンジワーク)、岡山県福祉人材センター主催の「高校生の福祉職場インターンシップ」の受入事業所の一つとなり、夏季休暇期間の数日間などに高校生の福祉職場体験の機会を提供している。</li> <li>・事業所では、小学校に進学した卒園児が遊びに来て、利用中の子どもの遊び相手になる機会があるため、そのこともボランティア活動の一つとして位置づけている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人としてのボランティアを受け入れる姿勢としくみを整え、当事業所もその受け皿の一つに位置づけられている。</li> <li>・しかし、事業所の主体的な取り組みとして、どの程度までボランティア等の受け入れが位置づけられているのかは明確ではない。事業計画においても「きらり終了児が交流する機会の提供」を掲げているのみである。利用する子どもの生活の充実の観点からはもとより、事業所にとってもボランティア活動の充実が重要であり、さらなる取り組みを行うことを期待する。</li> </ul>	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

【25】Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		評価
判断基準	a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	b
	b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.5% b)30.8% c)7.7% 無回答)23.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の関係機関としては、子どもが利用している保育所・幼稚園、小学校、医療機関(かかりつけ医)、訪問看護ステーション、相談支援事業所(相談支援専門員)などがあり、それらの関係期間とは、個々の子どもの状況に応じて職員間で適宜情報共有している。また、市の自立支援協議会の発達部会や特別支援学校による担当者会議に参加している。</li> <li>・現在、ケアコラボの利用は一部にとどまっているが、保護者の了解が得られれば、関係機関がケアコラボに登録し、子どもに関する情報を共有することができるようになる。なお、公立保育所については、行政のサーバーシステムの都合で共有できない。</li> <li>・今年度から、新規利用の子どもが利用している保育所等への訪問を開始した。また、隣接している小ざくら保育園を併用して利用している子どものクラスを訪問し、保育士と情報を共有するとともに、それ以外であっても発達に気になる子どもがいた場合には、保護者の了解を得た上で様子を観察する例もある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規利用の子どもが利用している保育所や、同じ法人内の隣接保育所との連携を始めたところであるが、全体的には個々の子どもに応じた関係機関とのかかわりにとどまっている。事業所として連携し得る社会資源の明確化やその連携の強化など、体系的に関係機関との連携体制を構築するという意味からは、取り組みは必ずしも十分なものではない。</li> <li>・事業所として必要な社会資源を明確化し、連携の強化に関する方針の明確化と取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	



Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

【26】Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。	a
	b) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)53.8% b)23.1% c)7.7% 無回答)15.4%であった。</p> <p>■ 取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は「地域社会への貢献」を基本方針の一つとし、その取組みを「地域共生社会づくり」と軌を一にするものと位置づけて、今期の「中期経営計画2025」に「公益的な取組み・防災対応の推進」を掲げている。</li> <li>・法人は、公益的な事業を行う地域交流拠点を2拠点から5拠点到再編した。当事業所は、そのうちの「にじいろ」拠点に属している。拠点の中核的な場所である「ひろば にじいろ」の活動に、当事業所からは主に管理者が参加することによって、地域住民とともに地域の福祉ニーズや生活課題を把握することに努めている。</li> <li>・事業所では「地域共生社会づくりに向けた取組み」として位置づけて、①地域資源を活用して利用児やその家族が活躍できる機会の提供（親子レクリエーションなど）、②きらり終了児が交流する機会の提供、③出会いの支え合いの場づくりなどの取組みを掲げている。</li> </ul>	

【27】Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。		評価
判断基準	a) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	a
	b) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	c) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)69.2% b)15.4% c)0.0% 無回答)15.4%であった。</p> <p>■ 取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の方針として、地域における公益的な事業活動に取り組んでいる。</li> <li>・新たな5拠点体制において、当事業所は「にじいろ」拠点に属し、その中核的な場所である「ひろば にじいろ」をベースにして、地域住民とともに子育てに関するサロンや講座、さらに「認知症カフェ」（オレンジカフェ）の活動、不登校児への支援、小学校や保育所への出前講座の開講などの取組みを行っている。</li> <li>・地域の小学校が週1回実施している学習支援の場（金曜スタディ）には、当事業所の管理者を含めて数名の法人職員が参加している。</li> </ul>	

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

##### Ⅲ-1-1 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

【28】Ⅲ-1-1-1-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解を持つための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。	a
	b) 利用者を尊重した福祉サービス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持つための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)69.2% b)15.4% c)7.7% 無回答)7.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として職員の入職時には「理念研修」を実施し、法人の「ともに育ち ともに生きる」「自立、尊厳、ハビリテーション」などの理念を伝えている。また、毎年4月には「子どもの人権、支援者の倫理」の研修を非常勤職員も含めて全職員を対象に実施し、利用者を尊重する支援姿勢を持たせるための取り組みが行われている。</li> <li>・なお、事業所内研修や法人内研修の際には、職員の行動指針である「クムレ10の心得」を唱和している。全職員研修には非常勤職員も参加しやすいように、時間外手当の支給等の手立てがとられている。</li> <li>・厚生労働省が発信している「児童発達支援ガイドライン」および「放課後等デイサービスガイドライン」は各クラスに設置し、これらのガイドラインの職員における意識化と支援にあたっての活用を促進している。</li> <li>・利用者等に対する「気になる行動」は職員会議で話し合うこととしている。そのなかで、今年度は毎月「子どもの権利」について職員が事例などを報告し、職員間で意見交換を行って、より適切な支援が提供できるように取り組んでいる。</li> <li>・なお、職員自己評価の肯定率の結果から見ると、さらなる取り組みが必要であり、今後の充実を期待する。</li> </ul>	

【29】Ⅲ-1-1-1-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		評価
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
	b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。	
	c) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)92.3% b)7.7% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報保護に関しては、法人として個人情報保護規程が定められ、法人のホームページ、当事業所の重要事項説明書やご利用案内(利用契約時に配布)で利用者・保護者に対して説明している。</li> <li>・保護者との情報共有のためのインターネット・アプリケーションを導入したため、利用者等の写真や動画についての個人情報保護についても徹底を期している。例えば、写真の掲載や利用について具体的に状況を把握し、利用者等の希望の通りに対応している。</li> <li>・「職務遂行要領書」には具体的な支援に関する項目があり、例えば排泄介助や着脱介助の項目では、留意すべき事項として「プライバシーに関する留意点」が記載されている。</li> <li>・「ひかり」の利用者で、トイレの使用が困難な子どもの場合には、支援にあたって子どもたちが使用していない「静養室」を利用し、おむつ交換などの際のプライバシーの保護に配慮している。</li> <li>・なお、職員自己評価では「マニュアルの職務遂行要領書の周知が不十分である」「設備上の限界がある」等の意見が寄せられている。さらなる検討を期待する。</li> </ul>	

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

【30】Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		評価
判断基準	a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	a
	b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)84.6% b)15.4% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人のホームページ、広報誌、クムレポート(法人の活動の紹介)、そして今回は事業所独自のパンフレットも作成し、積極的に情報発信を行っている。市のホームページの「児童発達支援センター一覧」にも情報提供している。</li> <li>・パンフレットなどの情報の提供先は、倉敷市総合療育相談センター「ゆめばる」、倉敷市「子育て支援センター」、保健所、病院等の事業所、訪問看護ステーションであり、それらの関係事業所に対して当事業所についての周知を図るとともに、利用希望者などが手に取りやすいようにしている。</li> <li>・ホームページやパンフレットは、活動の様子や施設設備、利用までの流れなど写真やイラストでわかりやすく伝えている。</li> <li>・見学の希望には、利用者の状況に応じて個別に対応している。見学のほか体験利用の希望にも応じ、その際には保護者のみではなく、子ども本人も同席してもらうことを対応の基本としている。</li> <li>・見学への対応時には、管理者・児童発達支援管理責任者(児発管)が事業所の支援内容や職員配置等を説明し、保護者の疑問・質問に対しても丁寧に答えられるように時間を取っている。</li> <li>・利用待機者に対しては、空席が出た場合の優先順位を決め、順次連絡するようにしている。</li> </ul>	

【31】Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等にわかりやすく説明している。		評価
判断基準	a) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るに当たり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	a
	b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るに当たり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るに当たり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)76.9% b)7.7% c)0.0% 無回答)15.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用契約には随時に対応し、個別に説明を行っている。「利用契約書・重要事項説明書」を用いて必要事項について説明を行い、理解を得た上で契約に至っている。</li> <li>・継続児に対しても「進級説明会」を開催し、年度ごとに契約を交わしている。不安を多く抱えている保護者に対しては、個別に対応して説明を行っている。</li> <li>・サービスの開始にあたっては、まず契約時に当事業所の「ご利用案内」を用いて説明し、必要な書類などについて保護者に提出を依頼している。「ご利用案内」は、法人の理念、事業計画、支援に関する事項などが具体的に掲載されている。</li> <li>・利用料金や持ち物などについて詳細な情報を伝える必要がある場合には、別紙にして繰り返し見返すことができるように資料を作成し、配布している。</li> <li>・保護者の意向や子どもの様子については見学、体験利用、入園説明会等の場で確認している。入園申込書にも記載してもらい、職員はインテークシートに記録している。</li> <li>・利用開始時には、関係する他の機関との会議の開催はほとんどない。当事業所から開催を提案することもあるが、まれである。</li> </ul>	

【32】Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当たり、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等に当たり福祉サービスの継続性に配慮している。	a
	b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等に当たり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等に当たり福祉サービスの継続性に配慮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)69.2% b)15.4% c)0.0% 無回答)15.4%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、他事業所への移行については、進学や保育所などへの移行が主なものである。</li> <li>・関係機関も参加する個別支援会議を開催する計画は現時点ではないが、保護者や移行先から依頼があった場合は移行先を訪問し、意見交換して引き継ぎを行うことがある。また、移行後に訪問することもある。</li> <li>・引き継ぎ資料としては「園児状況表」を作成し、利用者の様子を伝えている。また、引き継ぎ時には、保護者および相談支援員に同席してもらっている。</li> <li>・卒園者には「活動冊子」を手渡し、法人内の関係事業所等が取り組む「終了児が集う行事・場所」などの利用終了後も参加できる取り組みについて紹介している。</li> <li>・また、保護者に対して「終了後も相談に対応すること」を伝えている。終了後も「キッズボランティア」として登録している子どもがいる。</li> <li>・なお、職員自己評価の肯定率を見ると、さらなる取り組みが必要である。取り組みの充実を期待する。</li> </ul>	

### Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

【33】Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.5% b)30.8% c)7.7% 無回答)23.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保護者の満足度を把握する方法として、制度化されている「保護者等からの児童発達支援事業所評価」として、アンケート調査を年1回実施している。放課後等デイサービスについても同様である。</li> <li>・アンケート調査によって把握された保護者からの意見については管理者が分析して改善案を作成し、職員会議で意見を集約して修正を行った後に、行政に報告して公表となる。また、法人のホームページでも公開している。このアンケートに寄せられた保護者からの意見に対しては、23項目それぞれについて対応および今後の取り組みなどが記載されている。</li> <li>・アンケート調査の結果の報告は、保護者に対しては事業所の『きらり通信』で行っている。</li> <li>・利用者の満足度などを把握する機会としては、個別支援計画の作成時やモニタリング時の個別面談の際に、支援内容や事業所に対する意見を確認している。また、行事やレクリエーションの実施後にも保護者と話し合う機会がある。</li> <li>・今回の第三者評価の利用者(保護者)アンケート調査の結果を見ると、全24項目の質問項目全般に対する回答において肯定率は高い。総合的な満足度についても同様の傾向であった。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では「利用者会(家族会)の設置がないこと」「満足度調査の結果の活用体制が不明確であること」などに関して肯定率が低い。事業所に対する利用者の満足度を把握し、サービスの改善につなげていくためのしくみづくりに求められることは「保護者の参加を促す取り組みや工夫」である。</li> <li>・第三者評価の実施に際して寄せられた意見や要望などを取り上げていくことのほか、評価結果の活用および利用者への報告・公開などの取り組みについても検討することを期待する。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

【34】Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		評価
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	C
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)76.9% b)7.7% c)0.0% 無回答)15.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者や保護者などからの苦情の受付体制については、受付担当者、責任者、行政等の相談窓口、第三者委員について「重要事項説明書」を用いて説明し、第三者委員の連絡先を明示したポスターも玄関に掲示している。今回の第三者評価で実施した利用者(保護者)アンケート調査の結果でも「苦情受付窓口の周知」に関しては、高い肯定率が示されている。</li> <li>・事業所の玄関に「意見箱」を設置している。ただし、この意見箱が使われることはほとんどない。</li> <li>・受け付けた苦情には「苦情解決マニュアル」に沿って対応している。苦情等の受付記録である「意見・苦情・要望発生処理報告書」の様式を活用して結果報告書を作成し、保管するとともに法人本部に対して報告している。また、次月の『きらり通信』に苦情の内容と改善策を掲載し、保護者全体に周知している。</li> <li>・送迎時のやり取りや連絡帳などを通じて把握した保護者からの意見・苦情については、それへの対応などについて「職員会議」で検討し、職員に周知している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第三者委員の位置づけについては「苦情解決第三者委員規程」に明示しているが、規程通りには活用されていない状況である。なお、第三者委員については、苦情制度のみの活用にとどまらない視点からの活用の検討を期待する。</li> <li>・苦情解決結果の公表は、保護者向けの報告にとどまっている。しかし、社会福祉法人に対しては、より透明性の高い運営を行うことが社会的に求められているため、その一環としても、受け付けた苦情とその解決結果についての公表が義務づけられている。</li> <li>・苦情解決結果については、法人の方針として、事業報告書や広報誌などへの公表を行うように検討することを期待する。</li> <li>・本評価細目では、苦情解決状況の公表を行っていない場合は「c」と評価するとしている。</li> </ul>	

【35】Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		評価
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。	a
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)84.6% b)7.7% c)0.0% 無回答)7.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談や意見を述べることができる窓口を「重要事項説明書」に掲載し、利用開始時に説明している。</li> <li>・利用者や保護者からの相談や意見は、連絡帳、電話、インターネット情報共有システム／介護記録システム「ケアコラボ」を活用したり、個別支援計画の策定時や送迎時の会話のなかで把握するようにしている。</li> <li>・なお「ケアコラボ」の導入によって、相談や意見を把握する際に活用できるツールの幅が広がった。現在では、保護者等との会話、書面、電子媒体など、保護者が使いやすいツールで相談することができるようになっている。</li> <li>・面談によって相談を受ける際には、外部からの視線などを遮断できる相談室で実施している。</li> </ul>	

【36】Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。		評価
判断基準	a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	a
	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。	
	c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)92.3% b)0.0% c)0.0% 無回答)7.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・連絡帳、ケアコラボ、送迎時のやりとり、個別面談など、さまざまな場面で相談や意見を受けられるようにしている。職員は、保護者から気軽に声をかけてもらえるような雰囲気づくりに日頃から努めている。</li> <li>・相談や意見を受けた際は、管理者に相談し、対応の内容を検討してから保護者に伝えている。また、受け付けた相談や意見の内容について記録を行う。相談や意見の内容やそれへの対応は、必要に応じて「申し送り」を通じて、あるいは「職員会議」で報告して職員間で共有し、日々の業務に生かしていく方針である。</li> <li>・受け付けた相談や意見の内容によっては、即座に回答することが難しいことがある。そのような場合は、保護者に対してその理由を説明した上で、検討途中の進行状況などを含めて、適宜報告するようにしている。</li> <li>・なお「苦情解決マニュアル」の活用は未定であり、その位置づけや活用方法などの明確化を検討することを期待する。</li> </ul>	

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

【37】Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。		評価
判断基準	a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	a
	b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	
	c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)76.9% b)7.7% c)0.0% 無回答)15.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内には横断的な組織として「リスクマネジメント委員会」がある。この委員会は毎月開催され、法人の各事業所から報告されたリスク分野の取り組み等の傾向について把握している。</li> <li>・職務遂行要領書の項目については「緊急時対応項目」として6項目を取り上げ、各項目に応じた具体的な業務内容、動き、留意点などを記載するようにしている。</li> <li>・「気づき」「ヒヤリハット」「事故」については、それぞれの段階を明確に分類している。そのなかで、ヒヤリハットに至る前段階で職員が危険に気づくことができるように「気づき月間」を設けている。気づき月間には、記入用紙を1名あたり数枚ずつ配布し、報告できるようにしている。ヒヤリハットは「拠点会議」で報告し、その主な発生要因をグラフ化して分析内容が見える化し、職員に周知している。またリスクマネジメント委員会に対しては報告し、法人のホームページで公表している。</li> <li>・事故、けが、ヒヤリハットが起きた場合には職員が対応し、その日のうちに再発防止策を検討して、朝・夕の「職員ミーティング」で共有している。また「職員会議」で報告し、検討している。事業所では「事故発生処理報告書」「ヒヤリはつと発生処理報告書」「気づきシート」の様式に記載し、事故については、発生から概ね1カ月後に再発の有無について確認するようにしている。</li> <li>・行事や活動の前には「KYT研修(危険予知訓練)」を実施し、写真を使いながら、どのような危険が起こり得て、そのときにどう対応するのかについての想定行い、事故、けが、ヒヤリハットが起こらないよう備えている。</li> <li>・安全点検表を利用したチェックにより、事業所の環境・設備面の安全性について確認している。また、所轄の警察の協力も得て、不審者対応や交通安全についての研修を実施している</li> <li>・酸素吸入が必要な子どもの場合は、当事業所では各自から酸素ボンベを預かっている。看護師が常勤で勤務しているので、けがなどに関する対応・処置も適切に行われている。</li> </ul>	

【38】Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	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)69.2% b)30.8% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として感染症BCPが策定され、責任と役割を明確にした管理体制が取られている。</li> <li>・法人の看護師会、感染症対策委員会で「感染症対応マニュアル」の整備を行った。その後、対応マニュアルを各職員に配布し、感染症についての勉強会を実施している。また、年1回「感染症対策研修会」を実施している。</li> <li>・職員、園児ともに、毎日の健康チェック、消毒、換気などの感染症予防対策が励行されている。</li> <li>・「ご利用案内」には、予防接種のスケジュールや感染症にかかわる登園基準を掲載し、保護者の理解と協力が得られるように依頼している。また『きらり通信』や法人内の他の事業所の看護師が作成する『ほけんだより』を保護者に配布して、新型コロナウイルス感染症だけでなく、季節性インフルエンザ、ノロウイルス等の感染症についての注意喚起や予防対策などを伝えている。</li> <li>・当事業所には看護師が常勤しているので、感染症対策についても直接の指導・助言を受けられる環境になっている。そのような職場体制のもと、感染症への適切な対応が実施できるようにしている。</li> </ul> <p>■ 改善点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では「感染症の予防」や「感染症発生時の対応マニュアルの周知と内容の定期的な見直し」については、肯定率は6割台である。より確実な取り組みが求められる。</li> </ul>	

【39】Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		評価
判断基準	a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
	b) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)69.2% b)30.8% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害対策マニュアルを整備している。その概要については、利用開始時に保護者に対して説明している。</li> <li>・毎月、避難訓練を実施している。また、年2回、法人の「全体災害計画」のもとに、火災訓練、不審者対策訓練などに消防所や警察と連携し、取り組んでいる。セコムメールを活用した保護者に対する連絡対応の訓練も実施している。</li> <li>・安否確認システムに職員を登録して確認し、備蓄リストでその在庫や消費期限などを確認している。</li> <li>・法人BCPに基づいて当事業所の敷地内他事業所と協働して取り組むBCPを作成しているが、その内容を見直す方針である。利用者や職員の安否確認の方法が決められているので、そのICT化についても検討している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・非常災害時用の食料・飲料水の備蓄を行っているが、医療的ケア児のためのペースト食やアレルギー食の備蓄は行っていない。また、服薬を常時している子どもの場合は、薬を毎日持参しているが、帰宅困難を想定した薬の保管まではなされていない。子ども一人ひとりの状況により、災害発生時に備えて対応しておくべきものが違う。子どもの状況に応じて、必要な備蓄の内容について見直しを行うことを期待する。</li> <li>・職員自己評価では「立地条件や建物・設備面からの不安」「地域の関係機関や自治会などとの連携」「体制整備の状況」に関して肯定率が低い。また、BCPの作成については、法人として見直し中とのことであるため、見直しの成果とその職員への周知を期待する。</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。

【40】Ⅲ－２－（１）－① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。		評価
判断基準	a) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいた福祉サービスが実施されている。	b
	b) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)84.6% b)7.7% c)0.0% 無回答)7.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所における標準的な取り組みや支援に関する文書としては「マニュアル」「職務遂行要領書」「ガイドライン」がある。</li> <li>・そのうち「マニュアル」は、感染症対策マニュアル、虐待防止マニュアル、苦情解決マニュアルで、それらにおいては制度として明示された内容や文書を活用したものである。</li> <li>・また「ガイドライン」は、身体拘束ガイドライン、児童発達支援ガイドライン、放課後等テイクサービスガイドラインで、マニュアルの場合と同様に、制度として明示された文書を活用している。</li> <li>・当事業所独自のものとしては、支援に関する標準化が必要な項目を取り上げて「職務遂行要領書」として取りまとめたものがある。この「職務遂行要領書」では、職員としての心得と基本業務に始まり、直接的な支援内容、家族支援、記録、環境整備、他機関との連携などの10項目が取り上げられ、説明されている。職員は「支援について不安などを感じたときに職務遂行要領書を参考にしている」としている。</li> </ul> <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として、新人職員を対象にOJTを行う「クムパートナー」が全職員ごとに決まっているため、標準的な実施方法について実践するなかで確認する機会がある。</li> <li>・一方、当事業所としての「職務遂行要領書」については、計画的な活用はされていない。今後の取り組みに期待する。</li> </ul>	

【41】Ⅲ－２－（１）－② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。		評価
判断基準	a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、標準的な実施方法の検証・見直しを行っている。	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、標準的な実施方法の検証・見直しが十分ではない。	
	c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、標準的な実施方法の定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)53.8% b)30.8% c)0.0% 無回答)15.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況・改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常的な支援の内容に関しては、そのつど話し合う機会があるため、常に支援内容の改善に取り組んでいる。一方、業務を推進するための体制や記録などについては、担当者や見直しの時期などを決めて取り組まないと、実行できにくい状況がある。現状では、各マニュアルや職務遂行要領書の見直しについての計画的な取り組みは未定である。職員の経験知を十分に活用して見直しを行うことが求められる。</li> <li>・毎年、厚生労働省が示す「児童発達支援ガイドライン」に基づいた事業所における自己評価と保護者評価を行っているが、その取り組みのなかで出た意見の活用をはじめ、保護者から寄せられた意見を活用した標準的な実施方法の見直し、さらに制度の改正などを意識した標準的な実施方法の見直しを行うことを期待する。</li> <li>・当事業所としては、職務遂行要領書の見直し、マニュアルの見直しに関しては、今回の第三者評価の結果を受けて、変更点の必要性などについて検討する予定である。</li> </ul>	



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

【42】Ⅲ-2-(2)-① アセスメントに基づく個別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)84.6% b)7.7% c)0.0% 無回答)7.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・児童発達支援管理責任者2名が、法人の児童発達関連事業所共通の様式によって利用者ごとのアセスメントを行い、個別支援計画の作成を行っている。アセスメントシートは、太田ステージ評価による発達の評価、生活面(食事、排泄、着脱)、認知(理解、記憶)、コミュニケーション(受容、表出、対人理解)、社会性、行動特徴など、子どもの発達を全体的に評価するための様式になっている。</li> <li>・保護者から見た子どもの姿や要望、医師・関係者からの情報提供、担当職員が捉えている子どもの姿などを参考にして、児童発達支援管理責任者がアセスメントの結果をまとめ、個別支援計画の原案を作成する。その上で、正規職員と看護師が参加する会議で原案を共有し、検討している。子どもの状況に応じて、作業療法士、看護師、法人内の言語聴覚士など専門的な視点からの意見も取り入れている。</li> <li>・重症心身障害の子どもを受け入れるにあたって、アセスメントにおいては、ADLの自立度と本人が「できる」能力についても評価を行うようにしている。</li> <li>・個別支援計画の作成にあたっては、保護者との個別面談を実施している。面談の1カ月前に「保護者ニーズシート」を保護者に配布し、子どもの生活場面や遊びの場面、対人関係など、当事業所で取り組みたいことをまとめてシートに記入してもらい、保護者の要望を確認している。</li> <li>・個別支援計画は、日々の子どもの様子を記録して保護者と共有するツールである「ケアコラボ」に記載され、その項目に沿って子どもへの支援の取り組みとそのときの子どもの状況を記録し、実施状況を職員と保護者で確認している。ケアコラボを活用することで、写真、動画、コメントなどによって、子どもの姿をわかりやすく伝えられるようになっている。</li> <li>・子どもの特性や家庭の状況等から支援が難しい場合は、職員が全員参加する「症例会議」を週1回実施し、そのなかで検討している。</li> </ul>	

【43】Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	a
	b) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画に見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)92.3% b)7.7% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画は、半年ごとに見直ししている。個別支援計画の見直しにあたっては、保護者との個別面談を年3回実施し、保護者の要望の確認と子どもの状態像についての共有を行って、それらの情報を活かすようにしている。個別面談は、年間行事予定に組み込んで、計画的に実施している。また、併せて所属園への訪問を行い、保育所や幼稚園での子どもの姿も捉え、個別支援計画の見直しにつなげている。個別支援計画の見直しの際には、アセスメントシートの見直しも行っている。前期と後期で色分けを行い、子どもの変化がわかるように工夫している。</li> <li>・個別支援計画の取り組み状況は、ケアコラボを活用して職員・保護者間で共有している。他の取り組み課題が必要となった場合は、随時検討し、変更している。変更があった場合は、職員ミーティングの朝礼・昼礼で共有している。また、申し送りノートでも共有している。</li> </ul>	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

【44】Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	a
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が記録されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100.0% b)0.0% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の個別の記録には「ケアコラボ」を活用している。個別支援計画の項目に沿って、取り組み内容や子どもの様子について記録している。記録する際には、上位の職員と合わせて職員2名の目を通して、記録の記載内容が適切か否かを確認している。記録の書き方については、法人の「人権研修」でも取り上げ、子どもや保護者を尊重した記録の実践に努めている。</li> <li>・ICTの活用が苦手な保護者に対しては、職員が利用開始時に一緒に手続きを行っている。保護者の利用率は100%である。</li> <li>・ケアコラボには、写真や動画を随時掲載することができるため、子どもの状況を具体的に共有できるようになった。所属園との共有は、現状ではまだ難しい点も多いが、法人内の保育所との併園の場合は、リアルタイムに共有できるようになった。他の所属園との共有は、ケアコラボの記録を印刷した紙ベースのものによることになるが、タイムラグが生じるので、保護者からはリアルタイムの共有を希望する声もある。</li> <li>・子どもの状況については、朝礼、昼礼、終礼のほか、口頭でも共有している。不参加の職員は、それぞれの記録の内容を確認している。管理者は、終礼にはできるだけ参加し、子どもや支援の実施状況の把握に努めている。</li> <li>・業務についての情報共有には情報共有グループウェア「WaWaOffice」を活用し、職階に応じて確認している。</li> </ul>	

【45】Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		評価
判断基準	a) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。	a
	b) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)84.6% b)0.0% c)0.0% 無回答)15.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に関する記録の管理については、法人の個人情報保護、管理規定に基づき、保管、保存、管理と、情報の提供が行われている。</li> <li>・インターネットを活用して個人の情報を保護者や関係機関と共有しているため、法人のICT委員会が中心となり、適切な管理を行うことに努めている。紙ベースの記録類は鍵付きロッカーに収納し、管理者が責任者となって管理を行っている。</li> <li>・入職時の研修で、個人情報保護に関する研修を行っている。また、事業所内の「職員会議」で記録の管理について周知している。</li> <li>・利用者に対しては、契約時に「ご利用案内」の内容に基づいて個人情報の取り扱いについて説明し、利用者からは「情報提供・開示に関する同意書」を得ている。当法人では、写真や映像を活用した広報や情報の共有に力を入れているため、改めて利用者や保護者に「写真の取り扱いについて」を説明し、同意を得ている。</li> <li>・法人の管理のもとに記録を管理するとともに、職員会議で周知など、事業所内における取り組みの徹底に努めている。</li> </ul>	

## ●内容評価基準

### A-1 利用者の尊重と権利擁護

#### A-1-1 自己決定の尊重

【A1】A-1-1-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a
	b) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 84.6% b) 7.7% c) 0.0% 無回答) 7.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として大切にしている支援観である「自立、尊厳、ハビリテーション」に則り、エンパワメントやストレングスを意識した個別支援を提供するように心がけている。なお、法人としての支援観については、毎年、全職員対象の「人権研修」や「新任職員研修」のなかで確認している。</li> <li>・個別支援計画を作成するにあたっては、保護者の要望を確認し、その要望を尊重して取り組んでいるが、子ども中心の支援を重視していることから、保護者と意見のずれ違いがあるときには十分話し合い、調整を図っている。子どもの日頃の様子から考えられること、子どもが表明していることを重視するよう努めている。</li> <li>・集団活動への参加についての選択や、買い物などの選択の機会を設けた活動の設定など、子どもが意識的に考え、選べる機会を設けるようにしている。</li> <li>・子どもに自己決定を促す場面では、写真、イラスト、体験など、子どもに応じた情報の提供に努めている。</li> </ul>	

#### A-1-2 権利擁護

【A2】A-1-2-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	C
	b) ー	
	c) 利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 76.9% b) 0.0% c) 7.7% 無回答) 15.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の「人権倫理委員会」が「虐待防止委員会」と「身体拘束適正化委員会」を兼ね、権利擁護に取り組み、全職員対象の「人権研修」を実施している。研修時には「虐待防止チェックリスト」によって自分自身のかかわりについて振り返る機会を持っている。</li> <li>・虐待防止の対応マニュアルはファイリングして職員室に置き、職員がいつでも見られるようにしている。</li> <li>・事業所内では、終礼のときに子どもとのかかわりや記録について振り返り、職員間で相互に確認し合うように努めている。</li> <li>・バギーのベルトや姿勢保持装置の利用時には、ベルトや装置を子どもが自分自身では外せない状況になるので、長時間の使用とはならないように「個別支援計画」に利用する場面や時間などを記載し、保護者から同意を得るようにしている。</li> <li>・虐待や不適切なケアを発見した場合の対応のフロー図を職員室に掲示し、職員間に周知している。</li> <li>・権利擁護の視点から記録の内容を振り返ったところ、人権について学ぶ必要性が認識され、権利擁護について持ち回りで週1回レポートする「人権研修」を実施することにした。現在は、さらにそこから発展させて「症例検討会」を開催している。権利擁護の視点から、子どもへの支援内容を振り返り、改善に取り組む実践である。</li> <li>・管理者は、法人の研修にとどまらず、日々の支援を権利擁護の視点から振り返るように努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待対応マニュアルは整備されているが、その他は厚生労働省から発出された資料がファイリングされているのみである。事業所の実際に沿った内容でないと、職員が具体的な場面で活用できるものとならない。</li> <li>・また、権利の侵害が発生した場合の対応の明確化について、職員自己評価の関連項目は肯定率が低い。事業所の状況を踏まえた活用できるマニュアルの整備ができるように検討することを期待する。</li> </ul>	

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本

【A3】A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
	b) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)92.3% b)7.7% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の支援の考え方である「自立、尊厳、ハビテーション」が実践できるように支援の取り組み例をまとめ、研修で活用している。</li> <li>・子どもの発達について法人でまとめた「小ざくら保育の道すじ」、厚生労働省が示す「児童発達支援ガイドライン」、太田ステージ評価の発達の指標などに基づいて、個別の支援に取り組んでいる。</li> <li>・太田ステージの発達の指標の段階ごとに適した遊びやプログラムを「療育計画書」としてまとめ、それに基づいて、子どもの発達の状況に応じた活動に取り組んでいる。</li> <li>・日々の取り組みについてはオンラインで保護者と共有し、家庭でも行えるように支援している。また、家庭での様子も伝えてもらい、事業所の活動に取り入れている。</li> <li>・自立・自律の考え方と道すじを学び、保護者と協力・連携しながら、子どもの自立に向けた取り組みに努めていると言える。</li> </ul>	

【A4】A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a
	b) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)92.3% b)7.7% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・子どものコミュニケーションの状況は、受容、表出、理解、記憶、対人理解の側面からアセスメントし、アセスメントシートに記載している。</li> <li>・アセスメントの結果に基づいて、視覚的な手がかり、要求カード、絵カード、単語、文章、声の大きさ、ジェスチャーなど、子どもの状況に応じて工夫している。職員は、PECS、TEACCH、マカトンなどのコミュニケーションツールについて学び、支援に生かすようにしている。また、必要に応じて法人の言語聴覚士からアドバイスを受けている。初めて専門の支援を受ける子どもが多く、支援にあたっては一人ひとりに応じた手立てを模索するように努めている。</li> <li>・子どもに応じたコミュニケーションの手段は、保護者や所属園と共有し、生活するなかで取り組めるように支援している。</li> </ul>	

【A5】A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a
	b) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)84.6% b)15.4% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援として子どもと一対一でかかわる時間に、子どもの気持ちを聞くように努めている。スムーズに活動に参加しない場合に、無理に参加させるのではなく、やりたくない気持ちを確認し、一緒に考え、子どもの気持ちを尊重するように心がけている。一方で、プログラム先行で子どもの気持ちに気づけないこともある。保護者との連絡を密に行い、家庭での子どもの状況や発言について確認している。</li> <li>・子どもの気持ちを整理するために、書いて共有するなど、子どもごと、それぞれに応じた工夫をしている。</li> <li>・事業所では「子どもの気持ちの表出を待っていないことが多くなりがちである」と捉えている。</li> <li>・保護者とは、迎えの時間に10～15分間、個別面談の時間を設けるようにしている。また「ケアラボ」でも日常的にやり取りをしている。利用者アンケートの関連項目は、肯定率が高い。</li> </ul>	

【A6】A-2-(1)-④ 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。	a
	b) 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100.0% b)0.0% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別の課題は個別支援計画に基づいて個別・集団のプログラムで取り組んでいる。また、クリスマスや夏祭りなど季節に応じて楽しめる行事も取り入れている。</li> <li>・事業所における取り組みの様子は「ケアラボ」で保護者と共有しているが、家庭での遊びや土日の過ごし方について、保護者から相談されることも多い。ケアラボのほか、送迎時や個別面談の機会を活用し、家庭の取り組みについて支援している。法人の「ひろば にじいろ」「にじいろカフェ」など、土日にも活用できる地域の遊び場の紹介を行うこともある。</li> <li>・保護者からは「園で行った遊びを家でも行えるようになった」という感想が複数ある。</li> <li>・基本的には保護者による送迎を行ってもらっているが、重症心身障害があって外出が難しい場合や家庭の状況により通所時に支援が必要な場合などには、送迎車を使って支援を行っている。</li> <li>・所属園を持たない子どもたちは、通院したり、訪問看護を利用したりして日中の時間を過ごしている場合が多い。通う日と通わない日で子どもの生活のバランスがうまく取れるように、保護者と相談しながら支援している。</li> <li>・事業所でも家庭でも、また土日も含めて子どもが日中を楽しく過ごせるように情報提供を行い、相談や活動を実施している。</li> </ul>	

【A7】A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	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)92.3% b)7.7% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の児童支援関連事業所で、子どもの発達、障害特性、発達検査などについて学んでいる。障害特性、行動障害、氷山モデルなどについては、当事業所内でも研修を行っている。また、個々の子どもへの支援について、法人の看護師や言語聴覚士などの専門職に対して相談し、助言が得られる体制がある。</li> <li>・また、日々の昼礼・終礼における振り返りによって職員間で意見交換を行い、子どもの状況について共有し、子どもの理解と対応の工夫について深めていけるようにしている。</li> <li>・対応が難しい場合には、週1回の「症例検討会」で検討を行い、子どもの理解および対応の工夫に努めている。</li> <li>・利用者調査の関連項目では、職員の専門性に関して肯定率は高い。</li> </ul>	

A-2-(2) 日常的な生活支援

【A8】A-2-(2)-① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。	a
	b) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 76.9% b) 7.7% c) 0.0% 無回答) 15.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では給食の提供は基本的になく、午前コース、午後コースで活動している。ただし、所属園で給食を食べない子ども、うまく咀嚼ができないなど食事に課題がある子ども、家庭の状況によって食事の提供が必要な子どもの場合には、弁当や給食の提供による食事の取り組みがある。給食は、隣接する保育園の給食を活用している。</li> <li>・利用開始時に、おやつ提供についても含めて「食事提供についての調査票」を保護者から提出してもらい、アレルギーや摂食の課題について確認している。必要に応じて、主治医の意見書の提供を依頼している。アレルギーの場合は、食器の色を変えたり、子ども同士のテーブルを離したりするようにしている。アレルギー児がいる場合には、ホワイトボードを使い、わかるようにしている。</li> <li>・摂食に課題がある場合は、法人の言語聴覚士にアセスメントしてもらい、食具や食形態についての工夫を行っている。</li> <li>・排泄の支援は、定時排泄の取り組みや、尿意を知らせるサインの習得など、子どもの状況に応じて行っている。子どもが「トイレに行きたくない」と意思表示しているときには、職員は時間を置いて、活動の節目などに再度確認するようしたり、子ども自身に「いつトイレに行く」と決めてもらうスケジュールカードも利用し、支援に取り組んでいる。</li> <li>・入浴支援を行っていないが「子どもが入浴を嫌がる」という相談を受けることは多い。シャワーハットの利用、入浴前後の時間の過ごし方など、スモールステップで家庭でも取り組めるようにアドバイスしている。また、身体障害の関連で入浴が難しいという場合には、訪問看護・訪問介護などの利用の紹介を行い、家庭における入浴が安全にできるように支援している。</li> <li>・当事業所では、子どもの発達段階や家庭の状況に応じて日常生活を支援していると言える。</li> </ul>	

A-2-(3) 生活環境

【A9】A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。		評価
判断基準	a) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	b
	b) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されているが、十分ではない。	
	c) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 61.5% b) 38.5% c) 0.0% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・建物は古いですが、子どもが活動する各部屋には窓から日差しが入り、室内は明るい。バギーを利用している子どもは園庭から建物内に入るの、バギーから降りられるようにしている。おもちゃ、絵本は、子どもが手に取れる棚に整理され、並べられている。おもちゃ、絵本は、子どもの状況や季節に応じて選択している。また、それぞれの子どもの利用する下駄箱、タオルかけ、ロッカーには氏名のシールやマークを貼り、子どもがわかるようにしている。</li> <li>・保護者面談や子どもの昼寝には、中2階の畳の部屋を利用している。部屋数が多いため、カムダウンスペースとしては、子どもになじみのある部屋を使うようにしている。</li> <li>・玄関が狭く、その一方で玄関の外は道路と近いため、登園・降園時に人が重なると、危険な状況である。時間をずらす、玄関先でのやり取りを少なくするなどの工夫を行い、子どもや保護者の安全を確保している。</li> <li>・一つひとつの部屋は狭く、肢体不自由児向けの設備もされていない。そのため、歩行を未獲得の子どもや寝たきりの子どもの排泄や移動についての課題がある。</li> <li>・利用者調査では「狭い」「きれいではない」「肢体不自由児のための環境でない」等の意見がある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員が工夫して事業所内の清潔を保つようにしているが、建物自体が古く、また歩ける子どもたちを前提とした設備であるため、医療的ケア児を受けられる環境にはない。</li> <li>・改修を行う予定があるので、子どもに応じた受け入れ環境を整えるように、今後の取り組みに期待する。</li> </ul>	

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

【A10】A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	b
	b) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 61.5% b) 15.4% c) 0.0% 無回答) 23.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・機能訓練が必要な子どもには、個別支援計画に基づいて機能訓練・生活訓練の計画を別に立案し、支援に取り組んでいる。</li> <li>・機能訓練計画書は、作業療法士の資格を持つ管理者が作成している。</li> <li>・主治医や療育機関の専門職の意見、法人内の専門職の意見を参考にしてアセスメントの内容を整理し、実施計画を立てている。必要に応じて、受診同行、リハビリ見学も行っている。</li> <li>・機能訓練計画書に基づいて個別療育の時間に取り組んでいる。また、生活場面や集団活動にも運動機能や手先の動きを取り入れ、子どもに対して意識的に働きかけるように努めている。個別療育の具体的なプログラムの設定は担当職員が行うため、プログラムの選択、生活場面における視点等については作業療法士のアドバイスを生かすように努めている。</li> <li>・所属園における活動について、子どもの機能訓練に関する相談があった場合には作業療法士が訪問し、所属園で実施することができる工夫について支援している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・関係機関や法人内専門職と連携しながら事業所の専門職を中心に機能訓練に取り組んでいるが、職員自己評価の肯定率は高くない。専門職と他の職員との連携や、自信を持って取り組むための基礎知識の学習等工夫を期待する。</li> </ul>	

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

【A11】A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a
	b) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 76.9% b) 23.1% c) 0.0% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日の子どもの体調の把握については、連絡帳へ体温、排泄、食欲、全身症状などについて保護者に記入してもらっている。また、保護者が子どもを送ってきたときにも、職員が口頭で確認している。心配なことがある場合には、保育室のホワイトボードに記入し、職員間で共有している。また、看護師が子ども全員の体調について確認している。</li> <li>・健康や医療に関する情報の共有については、利用開始時に主治医の情報提供書を提出してもらっている。また、薬についての情報を確認している。定期通院の情報は、そのつど確認して情報の内容を更新している。</li> <li>・当事業所で日中に子どもの体調が悪くなったときの対応の流れは、まず看護師が子どもの状態を把握した上で保護者に連絡し、対応等を決定している。緊急時には職員が付き添い、医療機関を受診している。</li> <li>・法人の「看護師連絡会」では、職員対象の研修(感染症対策、アレルギー対応、吐物処理の実技指導など)を実施している。家庭において子どもの健康管理を行う際のアドバイスとして『健康だより』を月1回配布している。</li> </ul>	

【A12】A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。		評価
判断基準	a) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	b
	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)53.8% b)23.1% c)0.0% 無回答)23.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人で作成した医師の指示書(医療的ケア、緊急時の対応、食事等)を、利用開始時に保護者から提出してもらっている。アレルギーの有無、医療的ケアの状況、てんかん痙攣時の対応、緊急時の対応(このような状態のとき、どう対応するか)などについて、事業所で行う場合の具体的な指示が記載されている。</li> <li>・服薬の支援は原則として行わず、薬についての主治医との調整を依頼している。難しい場合は「服薬依頼書」を保護者から提出してもらい、実施している。その日に飲む薬を連絡帳のポケットに入れてもらい、看護師と他の職員との2名の目で見て服薬を確認し、空袋を連絡帳のポケットに戻すようにして安全な服薬に努めている。</li> <li>・アレルギーのある子どもに対して、おやつ・食事の提供を行う場合には、食器の色を変えたり、他の子どもから離すなど、支援上の工夫を行っている。</li> </ul> <p>・現在、医療的ケアについては、導尿、痰吸引、経管栄養が必要な子どもが5名いる。すべて看護師が対応している。</p> <p>・医療的ケアの手技は、保護者にやってもらい、職員はそれを参考に手順書を作成している。その手順書に基づいて職員が実施し、保護者に確認してもらうようにしている。</p> <p>・医療的ケアが必要な子どもは、ほとんどが訪問看護を利用しているため、家庭でのケアについては訪問看護師が対応し、当事業所でも必要に応じて訪問看護事業所と連携している。</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人工呼吸器を必要とする子どもの利用など、受け入れの幅を広げることを検討している。現状でも職員自己評価の肯定率を見ると高くはなく、職員が自信を持って子どもを受け入れられるように、研修の実施や情報の共有などの取り組みを行うことを期待する。</li> </ul>	

A-2-(6) 社会参加、学習支援

【A13】A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
	b) 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.5% b)38.5% c)0.0% 無回答)23.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・就学前の時期には保護者から読み書きの支援の要望が出されることが多い。子どもの発達段階に応じて、無理のないようにプログラムを検討し、個別の療育に取り入れている。</li> <li>・交通機関や図書館など公共機関の利用は、交通ルールやマナーを学ぶための社会学習の機会として位置づけている。</li> <li>・英語、リトミック、スイミング、ピアノ、体操教室などのほか、学習塾や習いごとをする子どもも多く、相談の際に情報提供している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所内では、子どもの発達状況に応じて学習支援を行っているが、地域生活が広がるような社会体験・学習の機会の提供については、積極的な情報提供を行っていない。</li> <li>・事業所内の活動にとどまらず、地域で学ぶ機会が得られるよう子どもの地域生活に関心を持ち、積極的に情報収集することを期待する。</li> </ul>	



### A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

【A14】A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	b
	b) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 53. 8% b) 30. 8% c) 0. 0% 無回答) 15. 4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の利用を終了して所属園のみに通うことになったり、就学するようになる生活の移行時には、子どもの状況の確認し、移行先での配慮などについて保護者と懇談する場を持っている。移行先の状況によって、園児状況表や引き継ぎ書を保護者の了解のもとに渡している。</li> <li>・就学に向けて勉強会を行ったり、学校公開の情報について提供するようにしている。</li> <li>・将来の生活に向けてサポートブックを紹介し、作成支援を行っている。</li> <li>・親子で参加できる地域のイベント、子どもの将来に関する学習会、長期休みに利用できる事業や場所等の情報は、玄関の掲示板で知らせている。また、歯科医院、床屋、遊び場などの情報誌、子どもを理解するための冊子なども玄関の棚に置き、紹介している。</li> <li>・地域移行(就園、就学)に関しては、児童発達支援管理者2名が窓口となり、地域の関係機関と連携しながら取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価の肯定率は低い。特に関係機関との連携においては、職員間における情報の共有および周知の取り組みが求められる。</li> </ul>	

### A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

【A15】A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	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) 84. 6% b) 7. 7% c) 0. 0% 無回答) 7. 7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・子ども状況や取り組みの様子は、日々ケアラボで伝えている。また、保護者からも家庭での様子や相談を伝えている。</li> <li>・毎日、迎えのときには、保護者に対してその日の様子を伝える引き継ぎの時間を10分間設けている。各時間、2名ずつ引き継ぎを行うため、迎えの時間は10分ずつずらして予約をしてもらう。</li> <li>・年3回、個別面談を行い、半年ごとの個別支援計画のモニタリング以外にも、面談する時間を予定するようにしている。そのほか、希望があれば面談は随時実施している。</li> <li>・利用者調査の関連項目の肯定率は高い。保護者から「子どものことだけでなく、親身になって相談に乗ってもらえるので助かっている」という意見が複数ある。</li> <li>・所属園がある子どもが多いので、当事業所では保護者会は行っていないが、季節のレクリエーションを年4回実施し、その際には保護者交流会や勉強会を開催している。また、ペアレントトレーニングを法人内の他の事業所と協力して実施している。</li> <li>・当事業所では、保護者に対して子どもの日頃の様子を伝えるとともに、保護者の相談に応じる機会を複数回設けて、保護者と協力しながら子どもの支援を行っている。</li> </ul>	

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援

【A16】A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。		評価
判断基準	a) 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a
	b) 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)92.3% b)7.7% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもの発達に応じた支援を行うために、法人の児童支援関連事業所で、子どもの定型発達や障害についての理解や太田ステージ評価による発達検査などについての研修を行っている。</li> <li>・法人では、子どもの発達の道すじを「小ざくらの道すじ」としてまとめ、個別支援計画を作成する際に活用している。また、太田ステージの発達段階ごとの遊びやプログラムの計画書である「療育計画書」を参考にしながら、個別や集団のプログラムに取り組んでいる。子どもの発達過程に沿って課題を設定し、支援に取り組んでいる。</li> <li>・子どもの発達状況についてのアセスメントは半年ごとに見直し、発達状況に応じた取り組みを行えるようにしている。</li> <li>・一日の支援の流れについては、個別活動、集団活動、自由遊びを組み合わせ、子どもが意欲的に課題に取り組めるように配慮している。なお、一日の流れは、週替わりのデイリー担当が計画・実施している。</li> <li>・子どもが季節の行事を楽しめるように、季節ごとにレクリエーションを企画している。</li> <li>・子どもの発達状況に応じた日々の支援内容については「ケアラボ」で保護者と共有し、家庭における取り組みも支援するようにしている。また、取り組みに対する子どもの様子も共有して支援についての評価を行い、次の取り組みを検討している。</li> <li>・当事業所では、子どもの発達や障害についての理解に基づいて、子どもの状況をアセスメントして課題を設定し、保護者、所属園、関係機関と共有しながら、発達課題に沿った支援を行っていると言える。</li> </ul>	