

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：きらり倉敷	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：高田 朋	定 員：児童発達支援（10名） 放課後等デイサービス（10名）	
所在地：岡山県倉敷市沖194-1		
電 話：086-435-9820	ホームページ： https://www.cumre.or.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：2004（平成16）年4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：5名	非常勤職員：3名
専門職員	保育士：3名	保育士：2名
	児童指導員：1名	児童指導員：1名
	社会福祉士：1名	
施設・設備の概要	指導訓練室：2室 食事室・遊戯室・相談室・ トイレ・倉庫・職員室：各1室	

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利用者満足の追求、②集う人の幸せの追求、③強くしなやかな組織づくり、
- ④地域社会への貢献

<事業所>

子ども一人ひとりが地域の中でその子らしく育つことを支える

④ 施設・事業所の特徴的な取組

【質の向上に関する取り組み】

毎年、制度化されている「児童発達支援事業所評価」を行い、事業所・保護者評価の内容とそれに伴う改善策を公表している。

【PR事項】

「きらり倉敷」は、発達に不安のある子どもが地域の中でのより身近な場所で発達支援が受けられる施設として、専門的発達支援を提供することや、それを取り巻く家族支援や地域支援に取り組んでいる。また、利用児に対しての支援にとどまらず、地域の中で困っている人に対して「居場所支援」の提供を行うことで、一人でも多くの子どもや家族が楽しく生活できるような公益的な活動にも取り組んでいる。

⑤ 第三者評価の受審状況

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

⑥ 総 評

◇特に評価の高い点

1. 管理者は業務に精通し、サービスの質の向上、地域との関係の構築、公益的活動の拡充に意欲的に取り組むなど、リーダーシップを発揮している

管理者は、法人内の他の児童発達支援事業所の管理者を経て当事業所に就任して、3年目を迎えている。業務に精通し、安定的な利用者の確保と職員の育成を行いながら、当事業所の子どもや地域の子どもが健やかに育つように、自ら役割を果たしたいと業務にあたっている。

今年度は職員の退職、異動、産休育休等によって体制が整いにくい状況のなかで、日常的に職員の意向を把握し、課題を投げかけながらサービスの質の向上のために取り組んでいる。また、小規模な事業所でありながら、独自に地域との関係構築や公益的活動の拡充に向けアイデアを出し、職員を巻き込みながら、意欲的に取り組んでいる。

今回の職員自己評価では、全体的に肯定的回答の割合が高く、事業活動全般に対する職員の理解が浸透してきている様子が見えてきた。

引き続き、当事業所の管理者としてリーダーシップを発揮していくことを期待する。

2. アセスメント様式の工夫や、子どもの状況の理解・共有、子どもの課題に応じた遊びの展開、所属園との連携、社会体験からの学びなど、保護者や関係機関と連携を図りながらトータルに子どもの発達を支援している

①子どもを理解するためのアセスメントツールは、試行錯誤ののちに現状の様式を採用している。また、保育所保育指針や法人内の児童関連事業所が0～6歳児の発達についてまとめた「小ぎくらの道すじ」で子どもの発達について学び、その上で、自閉症スペクトラムや発達障害の特性を理解し、一人ひとりの子どもに応じた発達の支援に取り組んでいる。保護者、当事業所、所属園、かかりつけ医など、それぞれの目から見た子どもの姿を統合し、個別支援計画を作成している。

②一人ひとりの個別支援計画や配慮事項をもとに個別の課題を抽出して集団活動のプログラムを作成している。その実施にあたっては、職員一人ひとりがプログラムのねらいを確認してから支援を開始している。集団活動の内容は、厚生労働省の「児童発達支援ガイドライン」に基づいて、生活、運動、認知、言語、社会性など全般的な発達を目指すものとなっている。なお、プログラムの実施にあたっては、子どもが主体的に意思表示し、選択できる場を設けるように努めている。

③その日の様子は、インターネット情報共有システム「ケアコラボ」で記録し、保護者と共有している。記録は、非常勤職員も含め直接支援した職員が行い、臨場感を持って保護者や他の職員と情報共有できるようにしている。また、職員全員参加による取り組みに努めている。

④子どもの本来の生活の場は所属園にあると捉えているため、当事業所が行う支援によって何かができるようになることにとどまらず、所属園で力を発揮できることを目指して、所属園への訪問や、「本人状況シート」による情報共有、保護者を通じた情報交換などを行っている。

⑤さらに、子どもたちと一緒に、スーパーやコンビニへの買い物、事業所の植栽の手入れ、周辺のごみ拾いなどに取り組んでいる。このような社会体験や「誰かの役に立つ経験」を通して、子どもと地域の人たちとのかかわりが生まれる。子どもにとって社会生活を知る学びの機会であり、子どもの発達全般を促すものとして、積極的に取り組んでいる。

アセスメント、個別支援計画やプログラムの作成、遊びの展開、情報の共有、保護者や所属園との連携、社会体験の機会づくり、それらがつながって、当事業所では、トータルに子どもの発達を支援していると言える。

◇特に改善を求められる点

1. 建物の構造や古さなどを考慮して、さまざまな工夫をしているが、子どもの安全や利用者のプライバシーを確保する環境が確保されていない。安全・安心の確保と、プライバシーの保護は必須事項であり、事業所の努力のみならず、法人をあげて改善に取り組むことを期待する

当事業所は、以前は農業協同組合であった古い建物で運営されている。部分的に床板が古くなり、滑りやすくなっている。靴下で走って転倒した子どももいる。そのため、子どもの動線となる部分にマットを敷き、上履きで移動するようにし、現在は子どもの安全を図っている。

また、部屋全体が元はカウンターであったもので囲われているが、それが子どもの目の高さよりも高いので、子どもの視界から仰ぎ見ると閉塞感がある。

さらに、建物の構造上、周囲とは音が仕切られ、子どものプライバシーを確保できる閉じた空間がない。そのため、事業所内で保護者と個別面談を行うことが難しく、個別支援計画の共有・検討は、インターネット情報共有システム「ケアコラボ」によるやり取りを中心に行い、最終的には玄関先で説明と受け渡しを行っている。玄関先の子どもが隣で聞いている場での相談対応になることもある。保護者との個別面談を、職員室でパーティションで区切って実施しても、話し声は漏れてしまうので面談時のプライバシーは確保できない。

事業所のみでは解決できない問題でもあり、子どもの安全・安心の確保、プライバシー保護の観点から、法人をあげて早急に解決に取り組むことが望まれる。

2. 子どもの状況の共有、子育てに関する相談、親子ふれあい活動などで、さまざまな保護者の子育て支援を行っているが、保護者同士が交流する場の提供は十分と言えない。同じ立場にある保護者同士が交流することで学び支え合えるように、取り組みを期待する

子どもの状況や日々の取り組みの様子は、送迎時やケアコラボの連絡帳で伝えている。また、ケアコラボを通して随時相談にも応じている。ケアコラボは、写真や動画などで視覚的に子どもの状態を伝えることができるので、その活用は保護者の安心につながっている。

一方、季節ごとの行事や親子ふれあい活動など、保護者同士が交流する機会はあるが、積極的に取り組まれていない。また、法人が行う保護者学習会や先輩保護者との交流の機会もあるが、地域が離れていて参加が難しいという課題がある。そのなかで、保護者からは家族同士の交流の機会を望む意見も出されている。

同じ立場の保護者同士の交流では、共通することが多い子育ての悩みを共有できるので、安心感が生まれ、自分の子育てへの気づきも生まれやすい。専門家からのアドバイスより、同じ立場の仲間の言葉や存在のほうが、保護者にとっては、より大きな支えになることは多い。

また、異年齢児の縦のつながりができると、子どもの将来を見通す機会にもなる。事業所単体では取り組みには難しさもあるが、地域内の他の法人やグループとの連携も視野に入れて、保護者同士が交流し、学び支え合える場が提供できるように、新たな取り組みを期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業所での聞き取り、視察など、ありがとうございました。

今回、指摘していただいた改善課題は事業所内で共有し、改善策の実行に移していきます。

子どもの権利擁護や、プライバシーへの配慮については、事業所として職員ができることに満足することなく（その考え方は危険であることを理解して）、常に課題を見出し、取り組んでいきたいと思えます。

⑧ 第三者評価結果

別紙「第三者評価結果」に記載している事項について公表する（p.5～32）。

● 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)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"> ・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『くもれだより ふれあい』等に掲載している。基本理念「ともに育ち ともに生きる」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。 ・法人は、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『くもれ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。新採用時研修のほか、非常勤職員に対しても法人の基本理念等の理解を浸透させるために全職員対象に研修(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、参加者が理念等を唱和することをルール化している。 ・新人職員に対するOJTのチェック表の冒頭にも、法人の理念や基本方針の理解を図ることを明示している。 ・当事業所では、職員会議の冒頭にスローガンや『くもれ10の心得』などを唱和している。 ・利用中の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、内容の周知に努めている。 	

I-2 経営状況の把握

I-2-1 経営環境の変化等に適切に対応している。

【2】I-2-1-1-① 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		評価
判断基準	a) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
	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)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"> ・法人は、少子高齢化が進む状況のなか、法人を取り巻く環境や経営状況について把握し、その分析に努めている。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確認し、執行役員会や課長級以上が参加する経営会議で法人全体の方向性を決定する。 ・法人では、2021年度まで「倉敷」および「水島」の地域(エリア)にそれぞれ拠点施設として「ひろば 栗の家(おうち)」「(倉敷)」「ひろば にじいろ」(水島)を置き、2拠点体制で取り組んできたが、今年度はそれを5つの拠点体制に再編した。さらに、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、新しい体制を「5拠点+1基地」と称している。 ・新たな拠点には「拠点長」を配置し、管轄する各事業所の経営責任を担わせるとともに、法人の幹部職員による「拠点会議」や各事業所の管理者等が参加する「拠点ミーティング」によって、法人の方針の周知と拠点内の各事業所の取り組み状況の共有に努める体制をとっている。 ・当事業所は、5拠点の一つである「クロス・かくしん」に位置づけられている。管理者は、事業所の代表として「拠点ミーティング」に参加し、当事業所の稼働率などの経営状況をそこで報告するとともに、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。 	

【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)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"> ・理事長および法人本部が経営課題を明確にし、その課題の解決に向けて、今年度に再編した法人の本部機能との新たな「5拠点+1基地」の体制で、組織的に取り組むように整備している。 ・法人では、新たな「5拠点+1基地」の体制のなかで、各施設で完結するサービス提供にとどまらない「地域共生社会」の実現に向けて、拠点長の責任と役割の明確化、ICT化、人材確保や人事システムなどの人財マネジメントの見直しなど取り組むとともに、各事業所でそれぞれの本来の事業所経営を行っている。 ・新たな「5拠点+1基地」の体制において、当事業所は「クロス・かくしん」の拠点に所属し、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、次月の取り組みにつなげている。 ・事業計画に「多機能化に向けた支援体制づくり」を掲げ、市場調査や具体的計画の立案を行うこととしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、多機能化の検討は懸案事項のまま、まだ具体化していない。 	

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)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"> ・法人として制度改正の内容や医療・福祉を取り巻く状況を把握し、それを踏まえて「くもれ中期経営計画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、倉敷と水島の2つの拠点体制による切れ目ない支援を提供している。なお、それらは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して位置づけている。 ・法人の基本理念のもと「地域共生社会の実現と拠点体制の構築」を目指して「多様な生きるを実現する地域づくり」などの3つの方針を掲げ、それぞれ具体的な取り組みを明示している。 ・中期経営計画は、経営会議のなかで必要に応じて見直している。新たに事業実施体制を2拠点制から5拠点制に再編するとともに、人財マネジメントの見直しにも取り組むなど、計画的に「くもれのありたい姿」(ビジョン)を実現するためのしきみを整えている。 	

【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)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"> ・法人の「クムレ中期経営計画2025」を踏まえて拠点ごとに事業計画を作成し、各事業所ではそれに基づいて単年度の事業計画を策定するしくみである。 ・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)で作成している。なお、そのフォーマットは、今年度の事業計画から新たなものに見直され、その内容は「事業所のありたい姿」「目標利用者数・収入」「利用者支援の充実」「地域共生社会づくりに向けた取り組み」などから構成されている。 ・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。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画のフォーマットが新たなものであるためか、そのなかで「事業所のありたい姿」とは何を示しているのか明確ではない。「事業所のありたい姿」の実現に向けた年次の計画などのプロセスも、読み取りにくい。事業計画の内容の十分な検討が必要である。 ・当事業所として重要な「事業収支をはじめとする経営の安定化」や「職員の育成」などの課題にどのように取り組むのかについて、その方針や具体的な取り組み内容は明確には示されていない。課題の明確化と併せて、事業計画の内容の充実を期待する。 	

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。	a
	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)85.7% b)14.3% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、今年度の事業計画は法人本部が示す枠組みやスケジュールなどに従って作成する。 ・年度の事業計画の策定においては、その年度の事業の進捗状況を振り返りながら、次年度においてはどのように取り組むのかを職員間で話し合い、その内容を踏まえて管理者が計画案をまとめ、拠点長の確認を得た上で作成している。 ・作成された事業計画は、職員に対しては、4月の「職員会議」で配布して説明し、計画の進捗状況については半期ごとに確認と振り返りの機会を設けている。年度の途中で異動してきた職員にも、同様の対応を行っている。 	

【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。	a
	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)85.7% b)14.3% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該年度の事業の方針等について、利用者等には広報誌『クムレだより ふれあい』を配布している。この広報誌の毎年度の最初の発行号には、法人の方針や新たに取り組む事業などを掲載している。 ・当事業所では、年度ごとに『ご利用案内』を作成している。その冒頭には、法人理念、基本方針とともに、事業計画の多くの部分を抜粋して掲載し、利用契約時に口頭で説明している。 	

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)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"> ・法人は「サービスの質の向上」を「中期経営計画2025」の重点方針の一つに位置づけ、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と明示している。 ・法人は、全事業所に対して計画的な数年ごとの福祉サービス第三者評価の受審を求め、それらの受審結果を集約し、分析している。受審した事業所は、受審結果を踏まえて改善計画を策定する。取り組みの結果は、法人が主催して役員や全事業所の多くの職員が参加する「報告会」で発表する体制・しくみである。 ・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。前回は評価結果を職員間で検討し、項目を立て、改善策をまとめた上で、実施時期や方法を明示して改善に取り組んだ。 ・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)を毎年度実施している。そのなかで、保護者からの意見は管理者が集約し、アンケート調査結果のまとめも含めて対策について職員に回覧している。職員からの意見も管理者が集約し、改善策とともに職員にフィードバックしている。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。 	

【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)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"> ・法人の方針として、福祉サービス第三者評価や厚生労働省の「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を促している。 ・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。今回の第三者評価結果についても、改善策を事業計画のなかに位置づけて、組織的に取り組む方針である。 ・毎年度実施している「児童発達支援ガイドライン」に基づく自己評価の結果についても、同ガイドラインを保護者が閲覧できるように配置していたり、保護者の意見を参考にして避難訓練についての理解を促進する周知方法を工夫するなど、事業所として改善に取り組んだ例もある。 	

Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

Ⅱ-1-1 管理者の責任が明確にされている。

【10】Ⅱ-1-1-1-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	a
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100.0% 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"> ・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も、職員の職務や役割階層ごとに求められる「期待像」のほか、それに照らした「役割基準」が明示されている。 ・管理者は、法人内の他の児童発達支援事業所の管理者の経験もある職員であり、当事業所の管理者に就任して3年目を迎えている。安定的な経営を実現するとともに、利用者や職員を全体的に把握して運営にあたりたいと述べ、利用中の子どもや地域の子どもが健やかに育つために何ができるか、そのことを自ら最重要の課題とし、常に問い返すように努めている。 ・子育て中の職員もいるので、子ども利用予定を把握しながら、基準の範囲内でできる限り体制を整備できるように努めている。 	

【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)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"> ・管理者は、法令遵守については、行政の集団指導などで主に行政から情報を得て、遵守すべき法令等の把握と理解に努めている。また、労務に関することなどは、必要に応じて法人本部に確認し、理解するように努めている。 ・職員の配置基準や加算の算定要件についての資料を「職員会議」で示し、職員の理解を促している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者が遵守すべき法令等は、児童福祉法、児童虐待防止法など提供するサービスに関連するものはもとより、メンタルヘルスやハラスメントを含めた労務管理の関係法令、建物設備の法令や災害に備えた法令など多様である。そのため、法人本部のバックアップを得ながらも、常に自ら理解を深める努力を行う必要がある。また、それらの法令について同様の理解を職員に促すことも重要である。さらなる取り組みを期待する。 	

Ⅱ-1-2 管理者のリーダーシップが発揮されている。

【12】Ⅱ-1-2-1-① 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。	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)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"> ・管理者は、日常的に職員の支援状況を高く評価しながら、毎日の終礼における話し合いの機会を通じて職員に課題を投げかけ、改善の取り組みに努めている。 ・職員会議では、職員が自ら考える機会を設けたり、職員からの提案や困りごとを取り上げたりして、管理者として方向性を示しながら、職員が具体的な取り組みにつなげられるように努めている。経験の少ない職員や子育て中の職員が多い体制であるが、経験豊かな非常勤職員の力も生かしながら、サービスの質の向上に指導力を発揮している。 	

【13】Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	a
	b) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100.0% 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"> ・人事、労務、財務等に関しては、主に法人本部が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が、事業所の月ごとの利用者の動向や、ヒヤリハット・事故の報告を「拠点ミーティング」で行い、課題の共有に努めている。 ・法人が当事業所に配置した人員体制については、今年度は退職者も含めて職員の異動が多く、また育児休業から復帰した職員や産休に入る職員などもいて、上席の職員に相談しながら、職場の体制整備に努めている。 ・子どもの利用者数を確保し、事業所の経営の安定化を図ることを重要課題としている。そのため、毎月の実績を職員に周知し、常に意識化するように求めている。 ・当事業所では、職員に対して「コスト削減」も呼びかけている。物品購入は慎重に行うよう職員を指導したり、ペーパーレス化に努めるように指示している。また、16時以降に事務作業を行う時間を確保するため、日中の仕事のしかたを工夫させるなど、管理者の権限の範囲内で、職員一人ひとりの業務改善に努めている。 	

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)71.4% b)28.6% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人財の確保と定着を図るため、法人は「キャリアパスのしくみ」を整備し、職員のキャリアアップを支援する体制を整えている。そのしくみは「キャリアパス対応人事処遇制度」「キャリアアップ支援の職員研修体系」「業務目標管理評価制度」で構成され、それらによって職位に応じた役割資格を明示し、キャリアアップ支援の職員研修体系や人事評価制度と連動させようとするものである。 ・法人は、職員の確保と育成に一体的に取り組むため、今年度は委員会体制を「人財定着委員会」「人財確保委員会」「人財育成委員会」に再編し、新たな人財マネジメントのあり方やその体制について検討している。 ・人財定着委員会は、嘱託職員の業務の見える化、職員の入退職状況の把握、職務基準書に基づく各専門職の業務の標準化についての検討を行っている。 ・人財確保委員会は、採用活動を担当し、具体的にはホームページやSNS(ソーシャル・ネットワーキング・サービス)を活用したPRや求人情報の掲載、法人説明会(オンライン)や見学会の開催、職員紹介制度の取り組みなどを行い、なかでも委員会として特にインターネットを活用した採用活動に力を入れている。 ・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。 ・採用や異動は法人全体で行うため、当事業所が直接的に関わることはないが、退職による欠員などが発生した場合には、上席の職員や法人本部と協議し、対応している。 ・中間的就労の職員を受け入れることもあり、その場合は清掃や書類整理などの補助的な業務を担当してもらっている。 ・次年度は「放課後等デイサービス」を再開する予定である。再開に伴って、専門職の配置を検討している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人員体制に関する取り組みは、主に法人本部が担っていることから、法人によるしくみを中心に評価しているが、この項目は他の項目に比べて職員自己評価の結果がやや低かった。 ・今年度は、職員の退職に伴い、人員体制に変化のあったことが職員自己評価の結果に影響した可能性もあるが、いずれにしても、現状把握に努めながら、事業所の権限の範囲内で人員体制の整備に向けて取り組むことを期待する。 	

【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)100.0% b)0.0% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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)を明示するとともに、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、職員は「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、それらのシートに基づいて、目標設定面接(5月)、中間面接(10月)、期末評価面接(3月)を行い、4月にフィードバックするしくみである。 ・これらは「キャリアパス運営手引き」などにまとめ、職員に明示しているほか、法人のブランドブックにも「期待する職員像」を明示して、それを職員に配布している。 ・法人は、人財マネジメント全体について、そのあり方の見直しを検討している。 ・以上、本評価項目については、法人の取組みについて評価を行った。 	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

【16】Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		評価
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	a
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100.0% b)0.0% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として勤怠管理を電子化し、出勤、退勤、残業申請、残業事後報告などを管理している。管理者は、システム上で職員の労働状況や有給休暇の取得状況を把握している。また、嘱託職員からは働きやすい時間帯についての相談を受け、調整に努めている。なお、当事業所では、残業となることはほとんどない。 ・法人は「ハラスメント」に関する相談窓口や法律事務所への公益通報のしくみを設けている。福利厚生制度については、ソウエルクラブ(社会福祉法人福利厚生センター)や岡山県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に取り組んでいる。また、当法人の職員向けに、企業主導型保育所を開設している。 ・法人は、働きやすい職場環境づくりに積極的に取り組んでいる基準を満たす事業所を確認し、宣言事業所として登録する「おかやま☆フシ・カイゴ職場 すまいる宣言」(岡山県福祉・介護人材確保対策推進協議会による)の取組みに参加している。当事業所も、法人の宣言事業所の一つとして登録されている。 ・当事業所では、個々の職員との日常的なやりとりや、人事考課面接の際に、その意向の把握に努めている。また、子育て中の職員もいるため、休暇の希望について毎月確認し、職員の体制を整えている。 	

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)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"> ・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」で「人材の育成の方針」を掲げて「使命感、倫理観を有する職員の育成」などを示し、それによってキャリアアップに対応した処遇制度、職員研修体系、業務目標管理評価制度(正職員対象)を連動させ、職員一人ひとりを育成する体制が整備されている。 ・目標管理では、法人は初任者・中堅職員など職員の階層別に求める専門性や能力を明示し、それを踏まえて各職員が「業務・目標管理シート」等の所定の様式で目標を立て、上席の職員との面接でその内容を決定している。目標の進捗管理は、目標の設定時(5月)、中間時(10月)、期末評価時(3月)の面接を経て、遂行度・達成度を評価・決定し、4月中旬に各職員にフィードバックするしくみである。 	

【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。	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)100.0% 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"> ・法人はキャリアアップのしくみの一つとして「キャリアアップ支援の職員研修体系」を整備し、職位・階層別にOJT、OFF-JT、SDS(自己啓発支援)の内容を定めている。 ・OJTについては、新任職員の早期育成を目的とする「クムパートナー制度」を設けている。これは「クムパートナー」として新任職員の指導を個別に担当する先輩職員を任命し、社会人・職業人としての育成を図るためのしくみである。 ・OFF-JTについては、法人による常勤職員対象の階層別研修、嘱託・中途正規職員対象の研修、災害対策やリスク管理などの研修、法人が設置する各委員会が主導する研修(感染症など)、事業所内の研修、外部の研修機関による研修などに区分している。 ・法人は、今年度の『支援のあり方ブック』を作成し、そのなかで法人内の各事業所で実施してきた「自立、尊厳、ハビリテーション」の考え方、発達の道すじ等の取り組みをまとめている。これを全職員に配布し、中途採用対象の研修などで参照している。 ・事業所内では、職員会議のなかで、不定期ながら「勉強会」を開催している。テーマは適宜設定し(テーマの例:児童福祉制度の理解、障害の理解、発達過程における課題と対応など)、講師を担当する職員は管理者が指名している。 	

【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。	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)100.0% 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"> ・法人は「クムパートナー制度」によってOJTを組織的・計画的に実施している。同制度は「クムパートナー」が新任職員に対して社会人および職業人としての指導を行い、また相談対応も日常的に行うものである。具体的には「OJTチェックシート」を用いて、四半期ごとに業務の習得度を確認するとともに、指導を受けている職員は、2週間ごとに業務に関する所感を「研修ノート」に書き、クムパートナーはその所感に対するアドバイスをコメントを記入して、指導を行うことがルールとなっている。 ・当事業所におけるクムパートナー制度の運用は、新規に採用された正職員であれば、経験者であっても1年目にはクムパートナーが付く。一方、非常勤職員の場合は、クムパートナーは付けていない。 ・法人による階層別研修は対象者が特定されているので、当事業所では対象となる職員を参加させている。一方、外部の研修機関による研修については、法人が参加者を決める研修(児童発達支援管理責任者になるための研修など)を除き、職員からの希望に応じて管理者が判断し、参加させている。 ・事業所内の勉強会は職員会議のなかで行うため、正職員か嘱託職員かを問わず、会議に参加している職員は受講することができる。 	

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。

【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)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"> ・保育士や教員の免許取得希望者を対象とする「介護等体験」の実習生の受け入れを行っている。 ・社会福祉士の実習生の受け入れに伴って、当事業所の職員が「社会福祉士実習指導者養成研修」を受講することについて、検討を進めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の特徴を生かして、より積極的に各種の実習生の受け入れ体制を整え、必要に応じて法人内の他の事業所との協力体制も整えながら、福祉人材の育成に寄与していくことが望まれる。 	

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。

【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)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"> ・ホームページおよびSNS(Instagram)を開設し、いずれもその運用は法人の「広報メディア委員会」が担当している。そのうち「ホームページ」には、法人の概要、事業案内、公開情報(財務に関する情報、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。なお、各事業所から日常的な様子を発信する「ブログ」については、法人として特に積極的に内容を更新していく方針を打ち出している。 ・事業所の情報を掲載した印刷物については、法人が広報誌『くもレだより ふれあい』を年3～4回発行(約1,000部)発行し、利用者、後援会会員などに配布している。 ・2020年度から、年度版で『くもレレポート』を発行し、関係機関や利用者の家族に配布している。掲載内容については、前年度事業報告、決算、職員の状況(年齢、男女比、採用者数、離職者数、労働時間など)、新年度事業計画などを明示している。記事の掲載にあたっては、写真、数値、イラスト等を多用し、わかりやすい内容となるように、工夫を努めている。 ・なお、苦情・相談の受付・解決体制や、事業所に寄せられた苦情の内容の情報公開については、現在のところ、法人がその実施方法や内容について検討中である。 ・当事業所では、ホームページの更新については月ごとの担当者を決めて行っている。更新の内容は、そのつどの担当者に一任し、事業所の活動内容を中心に知らせている。そのほかに、最近ではSNSを使って、当事業所のプレイルームを放課後の子どもたちの居場所として提供する取り組みである「沖ベース」についての「お知らせ」を中心に発信を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、ホームページやSNSをはじめ、複数の広報誌によって、法人の基本理念はもとより、日常的な活動内容、福祉サービス第三者評価の受審結果、財務諸表などの情報を積極的に公開し、事業運営の透明性を確保することに努めている。 ・苦情対応についての情報公開の方法や内容についても検討中であり、今後の取り組みの強化を期待する。 	

【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)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"> ・法人として経理規程および同規程細則を定め、予算の管理、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や経理上の基準を定めることなど、適切な経理事務の実施に努めている。また、内部監査規程や内部管理体制の基本方針を定めている。これらの実務は、法人本部が担っている。 ・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。 	

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)71.4% b)28.6% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、基本理念や中期経営計画に「誰もがその人らしく生きる地域・社会を目指す」と明示している。 ・当事業所は、地域とのかかわりを構築していく意向を持って、一昨年度に「町内会」に加入している。 ・事業所内の掲示板やインターネット情報共有システム「ケアコラボ」を活用し、子どもや保護者が利用できそうな行政サービスなどを中心に情報提供している。 ・子どもへの支援の一環として、買い物活動、公園を利用する活動などに取り組み、子どもに対して地域の社会資源を活用する機会を提供している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では「子ども・保護者と地域とのかかわりを広げるための取り組み」を行うことについては明確な意識を持ち、町内会に加入したこともその取り組みの一つである。一方で「地域との関係強化の取り組み」については、なかなか具体的な動きにつながらず、苦慮している。 ・当事業所の子ども・保護者が利用できそうな行政サービスなどの情報提供に努めているが、その取り組みは情報提供の範囲にとどまっている。法人の「地域とともに」の理念に則り、他の事業所との連携も図りながら、子ども・保護者と事業所との関係の強化はもとより、広く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。 	

【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。	a
	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)85.7% b)0.0% c)14.3% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、地域共生社会づくりの一環で、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ホームページで常時募集し、活動者には「クムレいきポイント」を付与している。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も行っている。なお、当事業所も、ボランティアの受け入れ事業所の一つに位置づけられている。 ・当事業所は、独自に『ボランティア受け入れの流れ』をA4判の用紙1枚にまとめて記載し、ボランティア希望者が当事業所のことや利用中の子どもたちに関するについて理解できるよう促すとともに、個人情報保護に関する誓約書を取り交わしている。社会人、学生、小学生(当事業所の卒園児を含む)、高齢者などに、主に子どもとの遊びの活動の補助を担ってもらっている。 ・事業所では「子どもたちにも役割を担ってもらい、自信をつけてほしい」との意図から、卒園する子どもとその保護者に「ボランティアとして事業所の活動を手伝ってほしい」と呼びかけている。 ・上記のほか、生活困窮者自立支援制度による就労準備支援事業としてのボランティアや、就労移行支援事業所からの紹介でボランティアを受け入れる事例もある。 	

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)85.7% b)14.3% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所と関係のある機関は、子どもが利用している保育所・幼稚園(所属園)、医療機関(かかりつけ医)、相談支援事業所(相談支援専門員)、法人内の児童発達支援センター、児童家庭支援センターなどである。そのほかに、個々の子どもの状況によって、倉敷市の子ども相談センター(子ども家庭総合支援拠点)ともかわりがある。それらの関係機関はリスト化し、個々の子どもの状況に応じて、職員間の情報共有を適宜行っている。 ・まだ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、インターネット情報共有システム「ケアコラボ」に関係機関が登録することで、相互に子どもに関する情報を共有することができる。 ・新規利用時には、子どもが利用している学校や保育所等を訪問している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「当事業所内だけでは支援は完結しない」という考え方により、所属園との連携の強化を図りたいとしている。 ・当事業所の役割や機能を明確にしつつ、関係機関との連携を強化することを期待する。 	

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。	b
	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)85.7% b)14.3% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は「地域社会への貢献」をその基本方針の一つとして位置づけ、その貢献を「地域共生社会づくり」と軌を一にするものと考えて、今期の「中期経営計画2025」に「公益的な取組・防災対応の推進」掲げている。 ・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「クロス・かくしん」拠点に属している。 ・事業所では「地域共生社会づくりに向けた取組」と位置づけて、今年度の事業計画には、①子どもたちの居場所としての「沖ベース」の充実、②登下校パトロールによる地域の見守り活動、互近所パントリー（社会福祉協議会による食材等の寄付を通じた助け合い活動）、防災活動への参加・協力を掲げている。 ・事業所では、法人内の公益活動の取組内容を職員会議等で共有しながら、職員に対して「取組みたい活動」についての提案を求めるなど、意識の啓発に努めている。昨年度は、事業所内の勉強会で「地域の社会資源」について学習する機会を設けた。法人の地域公益活動を担当している職員が行った地域住民への聞き取り活動（フィールドワーク）のノウハウを取り入れることとし、職員2名でチームを構成して「おうちだ」のイベントを案内しつつ、地域住民との接点を持つ機会を設けるなど、地域に働きかける契機を探っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者を中心として職員の意識を啓発している。そのなかで「沖ベース」の実施、「互近所パントリー」への協力、さらにはフィールドワークを試みるなど、少しずつ地域とのかかわりを増やしなが、福祉ニーズを把握する機会を探っている。 ・法人の取組みや他の事業所との協力体制づくりなども含めて、さらなる取組みの強化を期待する。 	

【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。	b
	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)100.0% b)0.0% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・管理者の発案で、昨年度から「沖ベース」と称する子どもの「居場所づくり」の活動を開始した。卒園児のなかには、不登校になる子どもがあることから、自宅以外の子どもの居場所の一つとして、当事業所のプレイエリアを日曜日以外の午後4～5時まで開放している。 ・社会福祉協議会の助け合い活動の一つである「互近所パントリープロジェクト」に協力し、食材等の寄付を受け付ける拠点の一つに登録している。食材等の受け付けと配布を契機に、生活に困っている市民の支援につながっていく取組みである。 ・倉敷市の地域社会ボランティア「アダプト・プログラム」による清掃美化活動に協力し、年に数回、地域の清掃活動に参加している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自らの活動や地域の活動への参加・協力によって、意図的に地域とのかかわりを増やしつつある状況である。 ・法人の取組みや他の事業所との協力体制づくりなども含めて、さらなる取組みの強化を期待する。 	

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 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)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"> ・法人は、職員の入職時の理念研修で法人の理念である「ともに育ち ともに生きる」や「自立、尊厳、ハビリテーション」について伝え、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た全職員対象に実施し、利用者尊重の姿勢を持つための取り組みが行われている。 ・また、事業所内研修会や法人内研修の際には、法人の職員の行動指針である『クムレ10の心得』を唱和している。全職員研修は、非常勤職員も参加しやすいように、時間外手当を支給するなどの手立てがとられている。 ・厚生労働省が示す「児童発達支援ガイドライン」や「放課後等テイクサービスガイドライン」を事業所に置き、職員はその内容を参考にしながら子どもへの支援を行っている。 ・気になる子どもの言動などは、終礼時の話題として取り上げて職員間で共有し、対応策などを検討している。 	

【29】Ⅲ-1-1-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		評価
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
	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)85.7% b)14.3% c)0.0% 無回答)85.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護に関しては、法人が「個人情報保護規程」を定め、法人のホームページ、当事業所の重要事項説明書、ご利用案内(利用契約時に配布)を用いて、利用者・保護者に説明している。写真や動画も使える保護者との情報共有のためのアプリケーション「ケアコラボ」を導入したため、利用者の写真や動画の情報保護についても意識している。なお、ケアコラボの閲覧については、他の保護者からは自分が投稿した内容は見えないことも伝えている。 ・「職務遂行要領書」にも、職員の基本姿勢としての「個人情報保護」を記載している。また、具体的な支援に関する留意点として、例えば排泄介助や着脱介助の項目で、プライバシー保護に関する内容が「職務遂行要領書」には記載されている。 ・事業所の環境整備の取り組みとして、着脱エリアや個別エリアはカーテンで仕切り、利用者のプライバシーに配慮している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の構造上の問題が影響しているためか、利用者(子ども)の名前を記載した「連絡帳」を玄関に置き、保護者に説明しているので、プライバシー保護の観点から、改善を検討することを期待する。 	

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)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"> ・法人のホームページ、広報誌『クムレだより ふれあい』、法人の活動を紹介する年度版の『クムレレポート』、法人内の児童発達支援事業所を一括して紹介しているリーフレットなどで情報を提供している。また、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。 ・情報提供先は、倉敷市の総合療育相談センター「ゆめばる」、子育て支援センター、保健所、訪問看護ステーションなどで、それらの機関にパンフレットを渡し、関係事業所への周知を図り、また利用希望者が手に取りやすいように努めている。 ・ホームページやリーフレットは、活動の様子、施設の設備、サービス利用までの流れなどを写真やイラストでわかりやすく伝えている。リーフレットの内容は毎年見直している。 ・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。体験利用の希望にも応じ、また保護者のみではなく、子ども本人も同席することを基本としている。 ・見学時は、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について説明している。また、保護者からの疑問には丁寧に答えられるよう時間を取っている。 ・利用待機者に対しては、空席が出た場合に、優先順位を決めて連絡している。 	

【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)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"> ・空席が出た場合には利用待機者に連絡する。利用契約には随時・個別に対応し、その際には「利用契約書」や「重要事項説明書」を用いて説明を行い、利用者・保護者から理解を得た上で契約している。 ・利用開始のプロセスは、電話で利用確認の了解を得たら、必要な書類を送付し、日程調整を行って、事業所に来所してもらう。利用者・保護者から「要望書」(入園申込書)を提出してもらうよう依頼し、その内容も参考にしながら面接を行っている。 ・難聴者の場合には、対面して筆談などによって対応することなどを、職員間で共有している。 ・継続児についても「重要事項説明書」に基づき、契約内容やその変更点などを要約したA4判の資料作成し、個別に説明している。 ・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』を使って説明し、必要な書類などの提出を依頼する。事業所の『ご利用案内』には、法人の理念、事業計画、支援に関する事項について具体的に掲載している。 ・職員は、保護者の意向や子どもの様子について、見学時、体験利用時、入園説明会の場面などに確認している。保護者に対して「入園申込書」への記載を依頼する一方で、職員も「インターシート」への記録を行っている。 ・利用開始時には、関係する他の機関との会議が開催されることは少ない。当事業所から提案することはあるが、まれである。 	

【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)71.4% b)28.6% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他の事業所への移行として多いのは、子どもの進学や保育所への移行である。 ・年長児については、年2回の個別面談を行うなかで保護者の意向を確認しつつ、就学までの流れを説明して就学後の生活についてイメージしてもらい、その後の生活の組み立てなどを保護者と一緒に行っている。 ・当事業所に対して学校などから情報提供の依頼がある場合は、引き継ぎ資料として利用者の様子や全体像を記載した『本人の情報共有シート』を作成し、相手先に送付している。なお、保護者、学校、移行先などから依頼があった場合には、当事業所から移行先などへの訪問を行い、その場で意見交換しながら引き継ぎを行うこともある。 ・卒園者に対しては、利用終了後の複数の相談方法を伝え、また終了後にも参加できる法人の関係事業所等で取り組んでいるイベント等の開催情報を紹介している。 	

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) 利用者満足度を把握する仕組みを整備し、利用者満足度の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 利用者満足度を把握する仕組みを整備し、利用者満足度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) 利用者満足度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)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"> ・保護者の事業所に対する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」のアンケート調査を年1回実施している。このアンケート調査で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などを作成し、職員会議で意見を集約して修正を行い、行政に報告して公表している。また、法人のホームページでも公開している。行政への報告やホームページには、アンケート調査に寄せられた保護者からの意見への対応や、今後の取り組みなどについて掲載している。 ・利用者や保護者の満足度を把握する機会として、当事業所では個別支援計画の作成時や個別懇談時などを意識している。事業所の支援や事業所に対する意見などを確認している。 ・今回の第三者評価で行った利用者(保護者)アンケート調査の結果では、質問項目全24項目に対して全般的に肯定率は高く、総合的な満足度も同様の結果が示されている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の利用の状況については、半日1～5名の利用者に対する職員の配置は3～5名で、個別支援の体制は充実している。一方、家族同士の交流の機会などを活用して利用者満足度を把握する機会には乏しく、管理者は必要性を認識している。利用者満足度を把握し、その内容をサービスの改善につなげるしくみをつくるとともに、保護者の参加を促す取り組みや工夫が求められる。 ・第三者評価で寄せられた意見・要望の取り上げや、アンケート調査結果の活用、および利用者への報告・公開などについても検討を期待する。また、その際には、毎月の事業所の『きらり通信』への報告についても検討することを期待する。 	

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)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"> ・苦情の受付・解決のしくみについては、受付担当者、責任者、行政等の相談窓口、第三者委員などについて「重要事項説明書」で説明し、第三者委員の連絡先を明示したポスター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)調査への回答でも、苦情受付窓口の周知に関する肯定率が高い。 ・毎月発行する『きらり通信』に「意見記入シート」という欄を設け、その部分は切り取って「意見箱」に入れられるようにしている。そのようにして「意見箱」を玄関に設置しているが、それが使われることはほとんどない。 ・受け付けた苦情には「苦情解決マニュアル」に沿って対応する。受付記録「意見・苦情・要望発生処理報告書」を活用して結果報告書を作成し、保管する。また、法人の「リスクマネジメント委員会」も報告を受け、集計を行っている。 ・子どもの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・苦情には、その対応等について朝礼や終礼の際に職員に周知し、検討を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第三者委員の位置づけは「苦情解決第三者委員規程」に明示しているが、規程通りの活用はされていない状況である。また、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活用を図ることを期待する。さらに、苦情の内容・解決等について『きらり通信』に掲載する場合の方針の明確化も求められる。 ・苦情の内容・解決等の公表に関する取り組みは、現段階では具体性に欠ける内容である。社会福祉法人には、事運営の透明性の高さが求められ、その一環として苦情の内容・解決等についての公表が義務づけられている。法人の方針として、事業報告書や広報誌等への苦情解決結果の公表について、検討を期待する。 ・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。 	

【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)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"> ・入園時には、相談や意見を述べることができる窓口について「重要事項説明書」に掲載し、説明している。 ・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」の活用、個別支援計画策定時、送迎時の会話などによって、相談や意見を把握できるようにしている。なお「ケアコラボ」の導入によって、相談や意見を把握するためのツールが広がった。会話、書面、電子媒体などから、保護者は自分が使いやすいツールを選び、相談などができるようになっている。 ・なお、面談して相談を受ける際には、外部と音などを遮断できるように、職員室の一角を仕切って活用している。しかし、相談室の環境要件としては課題がある。さらなる検討を期待する。 	

【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。	
<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"> ・子どもの送迎時には、職員は保護者の様子を細かく観察し、いつもと違っていたり、何か言いたそうな様子や変化などを見逃さず、職員の側から連絡するなどの対応をしている。また、連絡帳、ケアコラボ、個別面談など、さまざまな方法や場面で保護者からの相談や意見を受けられるようにしている。さらに、保護者から気軽に声をかけてもらえるような雰囲気づくりにも努めている。 ・相談や意見を受けた際には、管理者に報告し、内容や対応について検討した上で保護者に伝えている。また、相談受付の記録を行っている。相談や意見の内容やその対応については、必要に応じて申し送りや職員会議で報告し、職員間で共有している。当事業所では、業務手順を改めるなど、受け付けた内容を検討し、日々の業務に生かす方針である。 ・なお、苦情解決マニュアルの活用については、その位置づけや活用についてのさらなる明確化を図ることを期待する。 		

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。

【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。	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)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"> ・安全・安心な福祉サービス提供の体制づくりは、法人の「リスクマネジメント委員会」が担当している。リスクマネジメント委員会は、各事業所のヒヤリハットや事故報告を集計するとともに、傾向についての分析を行い、各事業所に対して注意喚起をしている。リスクマネジメント委員会の会議録は、パソコンの共有ツールで共有されている。非常勤職員に対しては、紙面で回覧している。また、委員会主催で毎年「リスクマネジメント研修」を実施している。送迎バスの子どもの置き去り事故などの事例から学んでいる。 ・当事業所では、ヒヤリハット報告は毎日の終礼の際に議題として取り上げ、職員間で共有し、対応策を立てている。 ・また、事故の場合には「緊急時対応マニュアル」に沿って対応する。発生した事故について終礼で共有し、要因分析を行って、再発防止に努めている。また、1カ月後にも終礼で状況を確認し、対応策が有効であったか否かを確認している。事故報告書は、書き方についての見本があり、状況把握や要因分析が適切に行えるよう取り組んでいる。 ・また、拠点の研修として、不審者対応の研修や危険予知訓練(KYT研修)に取り組んでいる。 ・当事業所は建物が古く、子どもにとっては危険な箇所もある。玄関の扉や棚の角にはガードを取り付けて、子どもが手を挟んだり、頭などをぶつけたときにも受傷しないように備えている。さらに、床の滑りやすい場所にはマットを敷き、転倒時の受傷を防止している。不審者の侵入防止のため、防犯カメラを設置するとともに、玄関ドアの施錠やインターフォンによるやり取りを子どもとの間でも徹底している。 ・緊急時の対応は、けが、発作、不審者、火災などの状況別にフロー図にして職員室に掲示し、職員がいつでも確認できるようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・建物の古さが目立つ。また、もともとは子どもの支援のための建物ではなかったことから、現場の工夫だけでは子どもの安全確保が難しい側面がある。法人を巻き込んだ見直しに期待する。 	

【38】Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	a
	b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	
	c) 感染症の予防策が講じられていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100.0% b)0.0% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人が感染症BCPを策定し、責任と役割を明確にした感染管理体制が敷かれている。 ・法人の看護師会と感染症対策委員会が「感染症対応マニュアル」を整備している。このマニュアルは各職員に配布され、勉強会も実施している。また、年1回「感染症対策研修会」を実施している。 ・当事業所には看護師の配置はないが、法人看護師会から看護師に訪問してもらい、例えば「吐物処理」などの実践的な対応についての研修を職員が受けている。 ・園児および職員を対象に毎日の「健康チェック」を実施するとともに、消毒、換気を励行し、感染症の予防対策に努めている。 ・事業所の『ご利用案内』には、予防接種のスケジュール、感染症に関する園児の登園基準を掲載するとともに、保護者の理解と協力について依頼している。 ・上記の通り、当事業所への看護師の配置はないため、感染にとどまらず、子どものさまざまな健康問題について、保護者に伝える機会がつかれていない。法人内の他の事業所では、看護師が『ほけんだより』を作成し、保護者に配布している。当事業所でもそのような看護師の配置と活用について検討することを期待する。 	

【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)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"> ・災害マニュアルを整備している。マニュアルの概要は、利用開始時に保護者に対して説明している。 ・当事業所として対応すべきリスクの第1位は「水害」である。実際、過去には大雨が降った際に付近の道路が冠水した経験がある。垂直避難も難しいため、対応は他の場所への避難を前提としている。なお、当事業所には各災害の発生を想定した「緊急時対応マニュアル」があり、それらに基づき避難訓練を毎月実施している。 ・災害訓練、不審者訓練は、消防署、警察署と連携し、年1回実施している。また、セコムメールによる保護者への連絡対応の訓練を年2回実施し、反省点について話し合っている。さらに、法人全体では、年2回「法人BCP大規模訓練」に取り組んでいる。 ・安否確認システムに職員を登録している。また、非常用持ち出し袋やヘルメットは入口近くに用意し、避難に備えている。なお、荷物の持ち出しがしやすいようにカートを用意し、避難訓練の際にも実際に使っている。水、食料、マスクなどは「備蓄リスト」に基づいて準備している。持ち出し情報セットも準備している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害などへの対策は、消防署や警察署との連携にとどまらず、取り組む必要がある。例えば、事業所の立地条件や建物・設備面の不安への対応でも、地域との連携（関係機関や自治会との連携など）が必要であるが、職員自己評価では問題視もされていない。検討が必要である。 ・法人BCPに基づき、当事業所でも敷地内の他の事業所と協働で取り組むBCPを作成しているが、今後その内容は見直す方針である。なお、利用者と職員の安否確認方法が決まれているので、今後はそのICT化を検討している。職員へのさらなる周知も期待する。 	

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。

【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)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"> ・当事業所では、標準的な支援に関する文書として「マニュアル」「ガイドライン」「職務遂行要領書」を活用している。 ・「マニュアル」には、感染症対応マニュアル、虐待対応マニュアル、苦情受付・解決マニュアル、BCP、ボランティア受け入れマニュアル(受け入れの流れ)などがあり、主に制度として明示された内容や文書を活用している。 ・「ガイドライン」は、厚生労働省「児童発達支援ガイドライン」「放課後等テイスサービスガイドライン」「身体拘束ガイドライン」などであり、同様に制度上で明示された文書である。 ・法人内の同じ種別の事業所の管理者が2021(令和3)年度に作成した「職務遂行要領書」では、支援に関する標準化が必要な項目が取り上げられ、まとめている。その内容・構成としては「職員としての心得と基本業務」に始まり、直接的な支援にとどまらず「家庭支援」「検査・記録」「個別懇談」「緊急時対応」「環境整備」「他機関との連携」などの10項目が取り上げられている。 <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は、職員数7～8名の小規模事業所であるため、支援の実施方法などの指導・共有は職員間で直接的に行われ、実際には「職務遂行要領書」を活用することには乏しい。 ・また、法人としての人材育成の体制についても、OJTを行う「クムパートナー」が全職員に対して決まっているため、標準的な実施方法や実践について確認する機会はあるが、その場合にも「職務遂行要領書」の計画的な活用はされていない。 ・一方、職員自己評価では、100.0%の肯定率である。管理者は「職員の入れ替わりもあるなかで、標準的な実施方法については周知徹底できていない」としている。検討を期待する。 	
	ど	

【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)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"> ・日常的に提供している支援内容に関して、職員間ではそのつど話し合う機会があり、常に改善に取り組んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現状では、各種の「マニュアル」や「職務遂行要領書」の内容の見直し計画は未定である。実際の見直しにあたっては、職員の経験知を十分に活用して行うことが求められる。 ・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実施しているが、そのなかで把握された意見・要望等を支援内容の改善に活用することをはじめとして、事業所として標準的な実施方法を見直すにあたっては、保護者から寄せられた意見・要望等を活用し、制度改正なども意識して取り組むことを期待する。 	

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。

【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)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"> ・法人が作成した「アセスメントシート」は、太田ステージ評価の結果、子どもの行動特性、社会性、対人・感情理解、受容コミュニケーション、理解、記憶の維持、表出コミュニケーション、遊び・余暇、生活面(食事、排泄、着脱)の各項目を確認する様式で、さらに「遠城寺式・乳幼児分析的発達検査表」や「自閉症・発達障害特性シート」も活用して、子ども全員のアセスメントを行っている。 ・他のアセスメント様式や発達検査表を使用していたこともあるが、現在の状況に至ったのは「子どもの状況がわかりやすく、保護者との共有もしやすいもの」という視点で試行錯誤を行った結果である。 ・当事業所では「保護者要望書」に基づいて保護者の意向を確認し、アセスメント結果と照合して利用者・保護者のニーズを整理した上で、個別支援計画を作成している。 ・当事業所の利用が決まった子どもについては、所属園への訪問を行い、所属園での子どもの状況を確認し、個別支援計画に反映させている。「本人情報共有シート」(市様式)を3カ月以内に作成し、子ども本人の状況や個別支援の内容を所属園と共有している。 ・個別支援計画の原案は、担当者の意見を聞きながら児童発達支援管理責任者が作成し、正規職員による会議で検討した上で、保護者に対して提案している。なお、非常勤職員からも、口頭で意見を求めている。 ・リハビリテーションの支援を受けるために通所している子どもについては、保護者を通してリハビリテーション職の意見を確認し、その意見についても個別支援計画に反映させている。現在は、ニーズがなく活用されていないが、必要に応じて法人の専門職にも意見を求めることができる。 ・なお、個別支援計画作成のための会議は、正規職員のみで行われている。現状では、支援計画について非常勤職員も含めた全体会議の場で意見交換を行い、共有し検討するしくみにはなっていない。一人ひとりの職員が主体的に子どもとかわるためには、情報共有と意見交換および検討は欠かせない。今後の取り組みを期待する。 	

【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)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"> ・個別支援計画のモニタリングは6カ月ごとに行い、子どもの誕生月に、アセスメントと計画の見直しを行っている。見直しの時期についてはリスト化し、見落としがないように職員全体で共有している。 ・日々の子どもの様子は、インターネット情報共有システム「ケアコラボ」の連絡帳を使って、画像なども活用しながら保護者と共有しているが、モニタリングの際には、改めて事業所が把握している子どもの姿について、保護者に意見を確認する。また、保護者の要望書についても、前期の要望書の内容を比較して見ながら、現時点の保護者の意見・要望等を確認していく。当事業所には、保護者面談のためのスペースがなく、個別支援計画の見直しについてもケアコラボで意見交換を行っている。そのため、保護者と対面して確認することは、子どもの送迎時に行っている。 ・モニタリング書や見直し後の個別支援計画書は、児童発達支援管理責任者が担任である職員の意見を聞きながら作成している。 ・個別支援計画は、保護者から変更の希望があった場合、6カ月ごとのモニタリングを待たずに目標が達成できた場合、また所属園訪問や情報共有シートによって当事業所の子どもの理解にずれが発見された場合などには、随時見直しを行うことにしている。 ・なお、子どもの送迎時に、保護者の意向の確認、個別支援計画の説明や計画への同意の確認などを行っているが、そのような取り組みではプライバシー保護の観点から、配慮が十分であるとは言えない。事業を運営する建物に構造的な課題があり、対応の難しい部分はあるが、工夫と検討を行うことを期待する。 	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

【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"> ・個別の記録にあたっては介護記録システム「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、支援の取り組み内容や子どもの様子を、写真、動画、文章で記録できる。「ケアコラボ」では、写真、動画を随時掲載できるため、職員は子どもの状況について、視覚的にも具体的に情報共有できるようになった。 ・「ケアコラボ」への記録の入力作業は、子どもの様子をより具体的に保護者に伝えるために、非常勤職員も含めて、その日に子どもとかわった職員が行うことにしている。 ・当事業所を利用する保護者における「ケアコラボ」の導入率は、100%である。 ・終礼では、その日の子どもの状況、支援上で困ったこと、次の手立て等について職員間で意見交換を行い、その結果は「終礼ノート」に記録し、共有している。個別支援計画の実施状況や子どもの様子についての職員間の共有は、口頭や記録によって行っている。 ・「ケアコラボ」や「終礼ノート」の記録内容については、管理者が確認した上で、必要に応じて記録の書き方についての指導を行っている。 ・業務に関する情報については、情報共有グループウェア「WaWaOffice」を用いて、職種に応じて確認している。 	

【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)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"> ・当事業所として把握した利用者に関する記録については、法人の「個人情報保護管理規定」に基づいて、保管、保存、管理、情報提供が行われている。 ・利用者の個人情報についての保護者や関係機関との共有は、インターネットを介して行っているため、法人の「ICT委員会」が中心となって、適切に管理できるように努めている。なお、紙ベースの記録類は、鍵付きロッカーに収納・保管している。 ・入職時の法人研修で「個人情報保護」について取り上げ、研修を行っている。また、当事業所内でも、個人情報の使用方法やその手順について、随時共有を行っている。不明な点は、法人の「ICT委員会」に報告し、個人情報管理のあり方を見直している。 ・保護者に対しては、個人情報の取り扱いについて、契約時に「重要事項説明書」や『ご利用案内』で説明して「情報提供・開示に関する同意書」「写真の取り扱いについて」の文書を用いて同意を得ている。 	

●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) 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"> ・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」を、毎年実施している全職員対象の「人権研修」や「新任職員研修」で取り上げて確認している。 ・その日に行う活動や使う玩具などについては、子どもが自分の意見を述べ、それらを選択できる場面をつくっている。職員は、子ども本人が自己決定できるように取り組んでいる。職員は、事前にその日の活動を準備しているが、子ども自身がやりたい遊びを準備して持ってくることもあるので、そのような場合には他の子どもたちに提案し、実施するようにしている。 ・職員間においても、最近「自己決定」という言葉が浸透してきている。そのため、職員は「子どもではなく職員が決めてしまっていないか」「決めたことを子どもにやらせようとしていないか」という視点で振り返れるようになってきた。 ・子どもの趣味・嗜好を尊重し、性別にとらわれない対応や、子どもが考えて答えを出せるような働きかけを行えるように努めている。 ・その日のスケジュールを写真やイラストで視覚化する、玩具や掲示物などは必要最小限にして子どもの目に入る刺激を減らすなど、子どもが自己決定する場面では、職員は個々の子どもの状況に応じて必要な配慮を行っている。配慮の必要性や方法については子どもの所属園や小学校とも共有し、当事業所だけでなく、生活場面でも必要な配慮が行われるように取り組んでいる。 	

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) -	
	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) 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"> ・法人の「人権倫理委員会」は「虐待防止委員会」と「身体拘束適正化委員会」を兼ね、権利擁護の取り組みを進めている。全職員対象の「人権研修」を実施し、その際には「虐待防止チェックリスト」で確認を行っている。また「どのようなことが虐待にあたるのか」について、グループワークのなかで、職員は自分自身の実践場面について振り返っている。例えば、子どもの荷物を職員が開けること、失禁についての職員間の共有のしかた、声のかけ過ぎや先回りのし過ぎなどの具体的な支援場面について、権利擁護の視点から振り返りを行っている。 ・毎日の終礼でも「その日の自分のかかわりを、権利擁護の視点から見るとどうであったか」について振り返るように努めている。 ・当事業所のかかわりだけでなく、家庭や所属園でも子どもへの不適切なかかわりや虐待が行われる場合があるので、日頃から子どもの様子には十分に目を配るように努めている。 ・虐待防止の対応マニュアルは、ファイリングされ、職員がいつでもスタッフルームで見確認できるようになっている。 ・当事業所の「権利擁護」の取り組みは「重要事項説明書」に記載している、継続利用の子どもの場合も4月に説明している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の取り組みだけでなく、当事業所内における職員自身のかかわりについても、権利擁護の視点から振り返るように努めている。 ・しかし、事業所として、地域共生やインクルーシブの視点から子どもの生活全体を捉えることについては不十分である。権利擁護の考え方は、社会の動きとともに時々刻々に変化するため、現状の福祉サービスの枠組みで捉えているのは、その変化に対応することはできない。 ・また、管理者・職員ともに、この評価項目については全員が「a」評価を選択し、肯定的な回答が100%であったが、権利擁護について、職員と支援を受ける子どもの関係では、常に「支援する側対される側」「大人対子ども」という構図が生じやすいことに鑑み、職員として常に自分の立場を振り返って、課題を見出し、取り組んでいく必要のあるテーマであると認識する必要がある。さらなる権利擁護の取り組みを期待する。 	

A-2 生活支援

A-2-1(1) 支援の基本

【A3】A-2-1(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) 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"> 職員は、法人の支援の考え方である「自立、尊厳、ハビリテーション」について学びながら、その考えに基づいた支援に努めている。 子どもができること、少しサポートすればできること(芽生え)、支援が必要なことを、職員はそれぞれ見極めて、そのなかで「芽生え」に対して積極的に働きかけ、子どもが成功体験を増やし、達成感が得られるように努めている。そのために「ほめる」「花丸を付ける」「シールを貼る」「本人が好むご褒美を用意する」など、子どもに応じてフィードバックの方法についても工夫している。 子どもが「日課」「活動場所」などをわかりやすいように視覚化する配慮を行う場合が多いが、そのような職員の配慮も、子どもの育ちに応じて減らしたり、なくしたりして、自立に向けて取り組んでいる。 排泄、着脱、荷物の管理、大人とのやり取りや子ども同士のやり取りなど、事業所における取り組みの全体が、子どもの自立を意識したものとなるようにしている。 	

【A4】A-2-1(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) 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"> 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、対人関係の側面からアセスメントし、また自閉症や発達障害の特性の評価から、感覚や空間認知、物事の細部と全体の捉え方などを参考にして、子ども一人ひとりのアセスメントシートにその特徴と配慮している点を記載している。 アセスメントに基づいて、実物、イラスト、トランジションカード、要求カード、アイコンタクト、ジェスチャー、単語、文の長さなどを選択し、子どもの状況に応じて工夫している。その方法は、終礼や職員会議の場で、職員間で共有している。他児の様子を見てまねたり、他者とかわろうとして本人なりに工夫することもある。すなわち、子ども同士のかわりによって、コミュニケーションのあり方も広がるので、職員は限定的な個別の方法にとらわれないように心がけている。 子どもに応じたコミュニケーションの方法については事業所で工夫し、家族や所属園に提案している。 事業所で取り入れているコミュニケーション方法については、意味を理解することなく行っていることもあったため、今年度は職員がコミュニケーション方法の意味を理解するための研修に取り組んだ。 	

【A5】A-2-1(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) 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"> 自由遊びの時間には、子どもが「先生聞いて」と話しかけてくることが多いので、子どもが話しかけやすい雰囲気をつくるように心がけている。 子どもが活動に参加したくないときにはその気持ちを聞き取り、本人の気持ちを尊重している。また「何がやりたいか」だけでなく「どのようにしたいか」「誰とやりたいか」について、子どもが意思決定できる場を設けるようにしている。 子どもから言ってきたことや、子どもがやりたいことの実現のため、家庭や相談支援事業所と一緒に検討し、取り組んだ事例もある。 保護者からの相談については、送迎時の引き継ぎの際や、個別懇談の際などに随時受け付けて、対応している。 子どもや保護者の相談や意向について、職員は終礼で共有し、対応を検討している。内容に応じて個別支援計画に反映させている。 	

【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"> ・日々の活動については1か月ごとに担当を決め、厚生労働省が示す「児童発達支援ガイドライン」の「提供すべき支援内容」を念頭に置き、粗大運動、製作、表現など、活動の内容を組み立てている。職員は、その日に利用する子どもの個別支援計画を確認し、計画に応じた活動プログラムを用意し、提供している。 ・ひな祭り、夏祭り、クリスマス、ハロウィンなど、季節の活動を毎月取り入れている。 ・遊びだけでなく、花の植え替え、草取り、ごみ拾いなど地域貢献の要素のある活動や作業も取り入れて、子どもが地域住民との交流の場を持てるようにしている。 ・子どもが居住している地域で通える習いごとや社会参加することができる場、また法人が行っているフットサルの活動や集いの場などについての情報を提供して、子どもが休日にも楽しく活動することができるように支援している。 ・当事業所に通所するときに、保護者が子どもを自力で送迎することが難しい場合は、事業所が送迎の支援を提供し、子どもや保護者が利用しやすい環境づくりができるように努めている。 	

【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) 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"> ・法人内の他の児童支援関連事業所の研修で「0～2歳児の発達」「3～5歳児の発達」「自閉スペクトラム症」など、子どもの発達、障害特性、発達検査について学んでいる。また、当事業所独自に活用している「遠城寺式・乳幼児分析的発達検査表」「自閉症・発達障害特性シート」について、あるいは「知的障害と発達障害の違い」など、その他の障害についての知識を職員が学べるように、職員会議の場を活用した研修を実施している。 ・法人は0～6歳児の発達の道すじをまとめた「小ざくらの道すじ」を作成し、活用している。そのため、当事業所でも「小ざくらの道すじ」のうち利用している子どもの多くの発達段階である「2～3歳児の発達」の部分拡大コピーして職員室に掲示し、子どもの発達について確認しながら支援を行っている。 ・職員は、子どもの障害の状況に応じて、情報の視覚化、刺激の低減、椅子や机の高さの調整、玩具の準備などに配慮し、支援を行っている。 ・子どもの障害や特性に応じた支援となるように、個別支援計画と配慮事項をまとめたファイルを用意し、子どもの支援に入る前には、必ずそのファイルに目を通すようにしている。 ・また、日々の終礼では、子どもの状況や子どもへの支援について振り返り、職員間で子どもの状況を共有して、子どもの理解や対応についての工夫に努めている。 ・現在、法人の専門職を活用する必要がある子どもはいないが、職員としては必要に応じて専門職から助言を得ることを方針とし、そのための体制をつくっている。 	

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) 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"> ・当事業所では給食の提供はなく、弁当持参である。偏食のある子どもについては、保護者に好きなものと苦手なものを弁当に入れてもらい、食べ切る体験を積めるように支援している。 ・おやつは、利用開始時に「アレルギー承諾書」を提出してもらい、アレルギーのある食べ物は出さないと取り決めている。また、箸やスプーンの使い方に課題がある子どもには、食事の場面だけでなく、遊びの場面でも手操作の遊びを取り入れるよう工夫し、課題の改善につながるようにしている。 ・排泄の支援では、自立に向けて布パンツに取り替えてもらい、職員は排尿間隔の確認やトイレへの促しなどに取り組んでいる。排尿時間をホワイトボードに記録し、排尿間隔を確認している。トイレの前には、着脱しやすいように座れる台を設け、トイレ内にはイラストで動作を掲示している。取り組みの状況は所属園にも伝え、取り組める範囲で所属園でも実施されるようにしている。また、所属園で取り組んでいる場合は、当事業所の支援でもその方法を取り入れて、同様のかかわりを進めている。 ・入浴については、当事業所では支援の場面がないが、アセスメントの確認項目にはなっているので状況は把握しているため、家庭における取り組みについて助言を行う場合がある。夏場は、活動中に冷たいタオルで清拭をしている。 ・靴の脱ぎ履きは、子どもの発達段階に応じて、座ってできるように玄関にはマットを敷いたり、立って脱ぎ履きを始めた子どもには、つかまる場所を手の手形で示すなどの工夫をしている。 ・自分の靴やリュックを棚にしまう、リュックから連絡帳や水筒を出すなど、子どもの状況に応じて職員は声かけを行い、手を添えるなどの支援を行っている。 ・それらの日常的な生活支援の取り組みは、個別支援計画に基づいて行い、保護者とは「ケアコラボ」で共有している。 	

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) 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"> ・建物が古く、冷たい印象もあるため、季節の壁画や清掃によって、明るく清潔になるように努めている。 ・床が古く、コンクリート部分から浮き上がって滑りやすい箇所があるので、安全のため、子どもが歩く場所では床にマットを敷いている。 ・玄関のドア、カウンター、棚の角にはコーナーガードをつけている。子どもが手を挟んだり、頭をぶつけないように配慮するとともに、万が一そうなった場合にも、子どものけが等を防止するようにしている。 ・子どもが椅子に座って活動できる場所、マットの上で活動できる場所、一人になれる場所、身体を動かせる場所、食事する場所など、子どもの活動やニーズに応じた場所や空間を設定している。 ・玩具などは、必要なもののみ出すようにして、子どもの視覚情報を整理している。 ・室内の消毒は、子どもが少ない昼の時間帯に実施している。 ・安全点検は毎月行っているが、項目の見直しは行っていない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・古い建物ながら、職員が安全と清潔を保つために工夫してくれていると保護者からも評価を受けているが、床が浮いて滑りやすい、仕切られた部屋がなく保護者のプライバシーに配慮した面談ができない、子どもの目の高さ以上のカウンターに囲まれているなど、現場の工夫だけでは改善できない建物の構造・設備上の課題について、事業所として法人と協議し、子どもの安全と快適を確保できるように取り組むことを期待する。 	

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

【A10】A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	a
	b) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 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"> ・言語聴覚士や作業療法士による訓練に通っている子どもについては、通院先の専門職の意見を参考にして、個別支援の課題や集団活動のプログラムを検討している。生活動作や遊びのなかで支援に取り組むようにしている。 ・リハビリテーションの様子やリハビリテーション専門職の意見は、保護者が伝えてくれる。ケアコラボで共有することもある。 ・助言を得て職員が取り組んだ結果について、主治医やリハビリテーション専門職に対して積極的にフィードバックすることは行っていない。 ・法人内には、作業療法士、言語聴覚士、心理職が存在している。現在は、法人内の専門職を活用する必要性のある子どもは在籍していないが、必要に応じて助言を得たり、プログラムを実施する体制はある。 	

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) 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"> ・日常的な健康状態の把握は、ケアコラボの連絡帳、送迎時の聞き取り、子どもの観察によって行っている。子どもの食事・体温・排泄の状況や全身の様子について確認している。気になることがあった場合は、職員全体で共有し、留意するようになっている。 ・利用開始時に、てんかん、アレルギーなど配慮が必要な子どもの場合は、主治医の意見書を提出してもらえよう保護者に依頼し、症状ごとの対応方法について確認している。服薬や対応などに変更があった場合は、受診後、保護者に確認している。 ・コロナ禍により、玩具や机・椅子の消毒を行い、換気も時間を決めて行っている。マスク着用が難しい子どももいるため、サーキュレーターの活用や窓明け対応で、室内の換気について留意している。 ・感染症マニュアルや緊急時の対応マニュアルがあり、職員ミーティングで確認したり、職員室のわかりやすい場所にフロー図をかけたりしている。 ・法人の「看護師連絡会」から看護師が事業所に来て、年1回、嘔吐処理、エビペンの操作、感染症対策についての研修を行っている。 ・かかりつけ医の情報や健康保険証など、子ども一人ひとりの健康に関する情報は、災害時や緊急時にすぐ持ち出せるように、1冊のファイルに綴じて保管している。 ・なお、当事業所には、現在は服薬支援が必要な子どもはいないが、朝夕に服薬している子どもは在籍しているので、災害時の服薬の継続などの対応について、確認する必要がある。 	

【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) 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>・当事業所に現在は医療的ケアを要する子どもは在籍していないため、この項目は非該当である。</p>	

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。	a
	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) 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"> ・近くに公共機関がなく、図書館の利用や消防署の見学など社会体験の活動は、実施が難しい。スーパー、コンビニ、駄菓子屋などでの買い物は、活動に取り入れている。季節のものや活動に必要なものをスーパーまで買い物に行き、活動の準備から子どもが体験することも行っている。 ・活動では、植栽の手入れやごみ拾いなどの地域貢献活動も行っている。子どもボランティアの情報を伝え、子どもから参加の意思を伝えることも多く、実施日を決めて清掃活動を行っている。楽しみながら、誰かの役に立つ経験ができるように支援を提供していきたいと考えている。 ・子どもの住む地域で通える塾、習いごと、イベント等については、情報があれば提供している。 ・就学に向けて、保護者から学習に関する希望が出されることも多いが、幼児期の学習支援は「学習に向かう基礎づくりを行うこと」と考えているため、机に向かう、一定時間取り組む、荷物の管理などに取り組んでいる。 ・当事業所では、地域で子どもが体験を積む機会は、子どもが社会生活のルールやマナーを学び、さまざまな人々とのつながりを学ぶ機会でもありと捉え、活動に取り入れれたり、場の提供を行う支援をしたりしている。 	

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。	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) 100.0% 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"> ・保護者からの相談に応じられるように、就学までの流れは職員全員に伝え、職員全員が保護者に説明できるように取り組んでいる。 ・年2回、保護者面談を行い、そのなかで保護者の意向を確認し、進路決定の相談に応じたりしている。 ・子どもにランドセルや机を用意し、学校生活のイメージが実際にも持てるように取り組んでいる。 ・就学前後に相談支援事業所が主催する「サービス担当者会議」に参加し、情報の共有を行うケースが全体の4分の1ほどある。 ・当事業所から別の事業所に移行する場合は、必要に応じて子どもの「状況表」を作成し、引き継ぎを行っている。法人内の児童発達支援センターや保育所へ移行する場合は、ケアラボによって情報共有を行っている。 ・使いやすい病院や遊び場などの情報を掲載した倉敷市発行の『子育てハンドブックKURA』、岡山県の『子育て応援フリーペーパー』、卒園児の親でつくる会の活動のチラシ等を玄関に掲示し、情報提供している。また、同じ法人内の児童発達支援センターで行っている先輩保護者との交流会についての情報提供も行っている。 ・地域の理美容室に行くことが難しい場合は、法人に登録しているカットボランティアに事業所や家庭まで訪問してもらっている。そのようにするなかで、徐々に地域の店舗に行けるように取り組んでいる。 ・今年度の2022年7月から、平日と土曜日の16～17時に「沖ベース」と名づけて事業所内のスペースを開放し、終了児や近隣の子どもたちが気軽に遊びに来られる居場所の提供を行っている。また、倉敷市社会福祉協議会の「互互助パントリー」の活動に参加し、当事業所の前に活動スペースを設けている。 	

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

【A15】A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	b
	b) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 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"> ・子どもの状況や取り組みの様子は、送迎時やケアラボの連絡帳で日々伝えている。また、保護者からも家庭での様子や相談を伝えてもらっている。保護者からの相談に応じ、随時「保護者懇談」を行っているが、面談室がないため、職員室を区切って使うなどの工夫をしている。 ・毎月「家族見学週間」を設けて、子どもの活動の様子や職員のかかりについて、実際に見てもらおうようにしている。ケアラボを活用し、写真や動画でも様子を伝えているため、参加希望は少ない。 ・子どもの体調の急変時や災害発生時などの家族との連絡方法については、利用開始時に確認している。 ・きょうだい児や友だちにも参加してもらえる「親子ふれあい活動」を実施し、その際には家族同士の交流も行われている。 ・法人の「保護者学習会」や「ペアレントトレーニング」など保護者の学びの場についての情報提供もを行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人が行う「保護者学習会」は開催地域が当事業所から離れていることもあり、参加者が少ない。事業所独自には、保護者同士がつながりを持つ機会が少ない。利用者調査でも「保護者の交流の機会」について意見が寄せられている。当事業所としても必要性を感じているため、以前行っていた「ママ会」を事業計画で取り上げたが、参加希望者が少なく、実施できていない。当事業所だけでなく、他のグループとの合同開催なども模索している。 ・保護者が同じ立場で語り合う場は、保護者にとって学び、支えられる場になる。事業所としての取り組みを進めることを期待する。 	

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) 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"> ・「保育所保育指針」や「小ざくらの道すじ」「遠城寺式・乳幼児分析的発達検査表」で、子どもの定型発達とそれのための支援を学びながら支援に取り組んでいる。発達のばらつきや偏りを持つ非定型発達の子どもの多いので、発達検査の結果も参考に、一人ひとりの発達のプロセスを確認しながら子どもの興味・関心を大切に、子どもの発達に応じた支援を行っている。 ・個別課題については、少しサポートすればできるようになる「芽生え」の時期にある課題に取り組んでいる。集団活動には、社会性の発達段階に応じて子どものグルーピングを行い、ねらいを焦点化して取り組んでいる。 ・活動のプログラムの実施にあたっては、月ごとに担当を割り振り、子どもの個別支援計画に基づいて行うプログラムを決めている。 ・当事業所では、6カ月ごとにアセスメントを見直し、子どもの発達状況に応じた取り組みを行っている。子どもの状況や取り組みの様子は保護者と共有し、家庭における取り組みも支援している。 ・子どもが所属園で力を発揮できるようになることが目標であるため、所属園への訪問や「情報共有シート」で子どもの状況について共有し、連携して支援を行っている。また、相談支援専門員が主催する「サービス担当者会議」に参加し、他の関係機関と連携して子どもの発達支援を行っている。 	