

平成29年度
福祉サービス第三者評価結果
報告書

社会福祉法人 クムレ
児童発達支援事業所
きらり中庄

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目次

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

(添付資料)

◆ 職員自己評価・利用者【保護者】調査 集計結果

福祉サービス第三評価結果の公表ガイドライン

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

②施設・事業所情報

名 称：きらり中庄	種別： 児童発達支援（一般および主たる対象の障害を重症心身障害とする場合）と、放課後等デイサービスを行う多機能型事業所 * 以下「主たる対象の障害を重症心身障害とする場合」を「重心」と表記する
代表者：篠原みゆき	定員（利用人数）： 児童発達支援：一般10名、重心5名 放課後等デイサービス：5名
所在地：岡山県倉敷市栗坂8番地	
電 話：086-464-0004 (医療型：086-464-0126)	ホームページ： http://www.cumre.or.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成22年4月1日（児童発達支援事業） 〔重症心身障害児の受け入れ：平成29年4月1日〕	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 クムレ	
職員数	常勤職員：9名 非常勤職員：8名
専門職員	社会福祉士1名、介護福祉士2名（重心）、認定心理士1名（重心）、看護師2名（重心）、保育士4名（重心2名）、言語聴覚士1名（併設事業所兼任）（重心） *（ ）内は再掲
施設・設備の概要	（居室数） ・児童発達支援：一般2室、重心1室 ・倉敷学園との共用室：1室 （設備等） ・倉敷学園と共有の設備が多い ・重心のクラスは、医療的ケアに最低限必要な設備がある

③ 理念・基本方針

- ・ 法人理念：ともに育ち ともに生きる
- ・ 基本方針：利用者満足、地域社会の貢献、集う人の幸せの追求、強くしなやかな組織づくり
- ・ 行動指針：
 - ① 私たちは心のアンテナを張り、小さなニーズも見逃さない支援を提供します
 - ② 私たちは、仲間を大切にします
 - ③ 私たちは高い目標を持ち仕事にチャレンジします
- ・ ブランドブック：クムレ10の心得
- ・ 平成29年度スローガン：加わろう 地域のつながり 支えあい
- ・ 大切にしたい支援の考え方（価値観）：

「地域の中で育む 子どもと子育て」

どのような障がいがあっても、身近な地域で健やかに育ち、豊かな人生の主人公として生きていける子どもを、家族・地域・支援者が一緒に連携し、協働して育てていきたい
- ・ 重点目標：

子どもの豊かな発達支援、家族の子育て力の強化、生涯生活できる地域環境づくり
- ・ 事業所方針：
 1. その子のかげがえのない人生を尊重しサポートしていく
 2. 適切な医療ケアと生活支援、季節の行事などのプログラムを通して快適で楽しい生活を送れるよう支援する
 3. ゆったりとした環境のなかで、子どもたちが安心してその子らしく自らの発達を促し、主体性や自主性を身につけていく
 4. 親子の元気な生活を支援する
 5. 保護者の子育て力の強化に努める
 6. 子どもの生活の場所に出向き、一緒に支援を考えていく
 7. 地域の中で、他者との交流の場を持ち、お互いの活力や生きる力を育む

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 当事業所は、児童発達支援、主たる利用児を重症心身障害児とする医療型児童発達支援、放課後等デイサービスを行う多機能型児童発達支援事業所である
- ・ 重心以外のお子さんが利用している事業所（以下、きらり）では、利用児の在籍園に訪問し普段の生活や園での姿を踏まえた上で支援を提供する
- ・ 重症心身障害のあるお子さんが利用している事業所（以下、ひかり）には看護師が常に在籍して、医療ケアが必要なお子さんでも単独で受け入れ、発達支援を行う。今後は、学校から事業所までの送迎や機械浴による入浴支援も行う

⑤ 第三者評価の受審状況

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

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 人材育成の体制をつくり、サービスの質の向上を期している

法人として「キャリアパス運営指針」で職員育成に関する方針を示している。それにより、一般職から経営職に至る階層ごと職員に期待する役割を定め、キャリアアップに対応した職員研修体系によって職員育成方策を明らかにし、業務目標管理評価制度によって職員ごとの目標管理を行うしくみを連動させ、職員一人ひとりを育成する体制を整備している。新人教育には新人職員に対し一対一の専任指導者を付ける「クムパートナー制度」を取り入れている。また発達支援、自立支援、子育て支援のグループごとに、専門性に対応した研修を計画し実施している。さらに「キャリアパス人事推進室」を設置して、人材育成の視点から、研修のあり方や研修内容などについて評価し、見直しに活用している。

一方、当事業所では、法人の研修制度を活用して対象となる各職員を研修に参加させているほか、平成28年度の末まで当事業所が位置づけられていた「発達支援グループ」の計画による「専門研修」（権利擁護、心身の健康管理など）、「倉敷拠点」として計画された発達支援分野に関する研修、さらに事業所内研修（事業所としての独自研修）に参加させることで職員育成を行っている。

2. 法人が経営する隣接事業所の地域貢献活動に、積極的に参加・協力している

当事業所独自の取り組みではないが、隣接する同法人の「ひろば栗の家（おうち）」ではヨガ教室、親子療育、フラワーアレンジメント、スクラップ・ブッキング（写真を飾るペーパー・クラフト）、臨床心理士など専門職が対応する相談（電話・来所）や勉強会など、法人が有する専門的な機能を発揮し、障害児・者や保護者はもとより、幅広く地域住民が参加できる企画を実施している。当事業所も「ひろば栗の家」の催しの周知や活動への職員参加など、積極的に地域貢献活動に協力している。「ひろば栗の家」の取り組みは2年目を迎えたところであるが、さらに多様な機関との連携や協力を図った取り組みが期待される。

現在、当事業所では、幼稚園や保育園への訪問などの機会を通じて地域関係諸機関との連携構築に努め、職員間では「終礼」や「職員会議」などの機会にこうした取り組みの情報共有に努めている。

また、協力病院が主催する勉強会に管理者が参加して情報交換などを行っているほか、市の自立支援協議会こども部会にも必要に応じて参画し、障害児支援施策の推進に協力している。そのような取り組みや連携を地域貢献活動に活かしていくことを期待する。

3. きめ細かな取り組みによって、子ども一人ひとりの発達支援が行われている

発達支援については、保護者からの聞き取りや、職員による行動観察のほか、食事等の日常生活動作、コミュニケーション、活動、個性など10カテゴリーにわたる情報を、保護者等から詳細に聞き取り、さらに乳幼児発達スケールや太田ステージによる発達評価などの情報を複数職員で検討した上で、保護者からの要望を中心に個々の通所支援計画を策定し、これに基づき発達支援を実施している。

支援は、個々の発達に応じて、個別支援・集団支援を軸に、遊び、運動、学習、お絵かき、読書など多様なプログラムを組み合わせ、個別支援はマンツーマン対応である。支援職員は個々の支援目標と好みに合わせ、各通園日前に職員間で検討したツールや遊具を日々準備して受け入れをしている。また、子どもが社会参加するには「困ったときに、どうしたらよいか」「大人にはどうすれば気持ちを伝えられるか」などが糸口となるものと事業所では考えており、自閉症スペクトラムなどの発達障害を持つ子どもを多数受け入れている当事業所では、特に、コミュニケーション能力の向上が中核的な支援課題となっている。

支援上のコミュニケーションについては、家庭での状況を把握した情報や、子どもの発達・特性、場面に応じた言葉によるコミュニケーションのほか、絵・写真・文字を添えたカード、実物の提示といったさまざまな視覚情報を一人ひとりに最も適切な方法となるよう選択・工夫して用いている。また、意思の把握が困難な子どもの場合には、保護者からの情報や療育中の様子をもとに支援職員が話し合い、より適切な理解ができるように努めている。

今回実施した利用者（保護者）調査では「子どもの身体機能や健康状態へのよい影響」「子どもが興味・関心を持てる活動」「情緒面の発達に役立つ」「社会性の獲得」「気持ちを大切にしかかわり」といった発達支援に直接関係する項目で9～10割が肯定的な回答をしている。

4. 重症心身障害を持つ子どもを受け入れる児童発達支援事業所として豊富な人材を整え、充実した支援が提供できるよう取り組んでいる

当事業所は、アスペルガー症候群、学習障害、知的障害など多様な発達障害を持つ子どもを対象とする児童発達支援事業所として、平成22年に、同法人が運営する児童発達支援センター倉敷学園と同じ建屋内に開設された。平成29年4月からは、重症心身障害を持つ子ども5名を受け入れるようになり、クラス（ひかり）を分けて対応している。

クラスひかりには、支援職員3名のほか、経管栄養・吸引などの医療や医療的ケアニーズに応えるために2名の看護師（常勤・非常勤各1名）と介護福祉士が配置され、さらに子どもの感情表現の理解が期待される認定心理士1名も配置されている。通所支援計画の策定時には、併設する児童発達支援センター（倉敷学園）の作業療法士と、嚥下機能評価や食事介助法指導などを担当する言語聴覚士も加わってアセスメントを行い、計画策定につなげている。

利用初日は登園時から食事介助まで保護者が付き添うこととし、その保護者の介助法（食事・排泄・医療的ケアなど）を看護師や支援職員等が学習し、個別支援に活かしている。また食事場面には管理栄養士も同席し、保護者の意向に基づき食事形態等を決めるなど、一人ひとりに合った支援を、専門職の知識と技術をもって丁寧に行えるようにする方針で取り組んでいる。支援には看護師を中心に基準配置人員を越えてマンツーマン以上の人手でかわるようするなど、受入れ初年度ということもあって、慎重に対応している。

新たな障害を持った子どもを対象としたサービス提供であり、開設した今年度は不備な点もあるが、子どもや保護者の声も反映させて、当事業所の豊富な専門職集団としての力を十分に生かしたサービスが提供できるよう期待したい。

◇改善が必要と思われる点

1. 事業計画の策定プロセスへの職員の参加促進が求められる

当事業所の事業計画は、法人本部が示すスケジュール等に従い、上司である「統括」および管理者により作成している。例年 12 月から翌 1 月頃に事業所内で振り返りを行って、管理者はそれをベースに次年度事業計画の作成につなげ、4 月 1 日の職員会議で全職員に配布し、説明・共有している。

事業計画の進捗状況と課題の共有は、平成 29 年度から各拠点（倉敷、水島）のサービス調整会議（毎月開催）で行っている。しかし、事業計画の作成は、事実上、上司と管理者で行い、直接的には職員の意見集約を行っていない。また、全職員に配布し説明を行っているものの、管理者は事業計画そのものに関心が低い職員がいることを課題と考えている。事業計画策定においては、職員の参画やその意見を集約し反映させるしくみが組織として機能していることが重要である。現状の分析と、さらなる取り組みに期待する。

2. 子どもと保護者の地域生活に視点をあてたアセスメントと、家族支援の充実が期待される

すでに「特に評価の高い点」の項で述べた通り、当事業所では一人ひとりにきめ細かな発達支援が行われており、それは保護者からも高い評価を得ている。社会福祉支援における大きなテーマであり、事業所の方針にも謳っている地域生活支援としては保護者からの要望に応じる形で併用する保育園、幼稚園、学校等と個別的支援の情報を共有し、必要に応じてこれら関係機関との相互訪問によって連携支援を展開するというものである。また保護者への相談体制も充実させることによって保護者の精神的な安定につながり、よりよい地域生活支援の後方支援となる。

また、当事業所における地域生活支援をより一層充実させるには、アセスメントのしくみとそれにつながる通所支援計画を見直すことを提案したい。現行のアセスメントは、どちらかと言えば「発達支援に重きを置いた情報」に基づいており、地域生活や家族が抱える課題を抽出するには、支援者として入手すべき客観的情報が不足している。これを補うには、支援職員の課題意識を高め、想像力を膨らませて家族からの情報収集力をつけるか、またはアセスメントシートの該当欄を見直すかのどちらかである。通所支援計画の内容も、課題が 3 点に絞られている点は、現行の地域生活の継続に伴う支援や家族支援を含む諸ニーズの掘り起こしに制約がかかる可能性がある。包括的なアセスメントを行うことにより、現在行われている併用園との連携支援も、単に「希望する保護者」を対象とする取り組みから、客観的な支援ニーズを持つ保護者・子どもへの支援とすることができる（例えば何らかの理由で声が上げられない人へも公平に支援を行きわたらせることができる）。

家族支援としては、支援職員の相談力の向上が重要である。なお、周知のことではあるが、包括的なアセスメントの実施により把握されたニーズのすべてが一事業所の取り組むべき課題ではなく、家族や関係機関への役割分担や連携した取り組みが含まれることである。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

児童発達支援や放課後等デイサービス事業のガイドラインの自己点検だけでは、事業所にとって必要な課題や取り組みは把握できない。
なぜ評価が「C」なのか、取り組み提案とともに把握し、改善につなげることができる。

⑧ 第三者評価結果

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

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-1(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

I-1-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		評価
判断基準	a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	b
	b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.3% b)35.7% c)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、基本方針、行動指針を明文化し、ホームページや広報誌「ふれあい くもれだより」(年3回、約1000部発行)等への掲載とともに事業所内に掲示している。基本理念「ともに育ち ともに生きる」には、利用者や家族・職員はもとより、地域の方々とも「ともに」という考え方を包含している。 ・職員(正職員と嘱託職員A)にはブランドブック(組織の理念等を職員に理解・浸透させることを目的として配布する小冊子)を携行させ、嘱託職員B等には名刺サイズのカードに理念等を記載したものを持たせている。法人では、平成28年度からは非常勤職員に対する法人の基本理念等の理解浸透を図るために全ての非常勤職員を対象とした研修を行っている。また、当事業所では研修会や朝礼などの場で基本理念等を唱和している。 <p>■ 改善課題</p> <p>理念等に関する利用者(家族)への周知については広報誌「ふれあい くもれだより」での各年度の「法人方針」の表明を除き、特段に取り組んでいず、利用者への周知が十分ではない。理念、基本方針の周知の意図的な取り組みが求められる。さらなる改善を期待する。</p>	

I-2 経営状況の把握

I-2-1(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

I-2-1(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		評価
判断基準	a) 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
	b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)42.9% b)35.7% c)7.1% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業界全体の動向は理事長が国の会議などから迅速に把握し、それを執行役員会および経営会議に諮って方向性を定め、倉敷地域および水島地域の各拠点会議で各事業所管理者に周知させて共有化している。 ・法人では平成28年度までは各事業所をサービス種別によって3グループ(「自立支援事業グループ」「児童発達支援グループ」「子育て支援事業グループ」)に分け、グループごとに研修会等の事業展開を行ってきたが、平成29年度からは全事業所を倉敷地区と水島地区の地域で区分し、各地区に「拠点会議」および「拠点サービス調整会議」を設けて、拠点地域ごとの課題に応じた事業推進体制に再編した。これは、国の「共生社会の実現」に向けた施策や、法人の方針「乳幼児期から高齢期に至るライフステージでの切れ目のない支援体制づくり」(法人広報誌より)などを踏まえての取組である。 ・当事業所の管理者は法人の次長級の職員で、経営会議のメンバーとして法人の意思決定に参画している。 <p>■ 改善課題</p> <p>・管理者は自らも構成員である経営会議の場などで、現場からの情報発信が十分ではないと考えている。また、理事長からの迅速に提供される情報や法人の中長期計画を踏まえ、把握した情報を所管事業所の単年度事業計画にどう反映させるかを課題としている。さらなる取組に期待する。</p>	

I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		評価
判断基準	a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
	b) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。	
	c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 14.3% b) 57.1% c) 7.1% 無回答) 21.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理事長や法人本部が中心となって、制度改正や医療・福祉を取り巻く状況を踏まえながら経営環境に関する現状分析を行い、経営課題を明確にしている。そして「第2期中期経営計画」(平成27年度～31年度)に基づき組織をあげて計画的に事業展開を図っている。 ・倉敷市内各地での新規事業所の開設、当事業所のある「倉敷拠点」における地域交流の拠点「ひろば栗の家(おうち)」の整備による育児や発達の相談事業や親子療育などの実施、「水島拠点」の「ひろばにじいろ」での「育児や発達の相談」など多様な取組を進めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の第三者評価の実施に伴って行った職員自己評価の「経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている」の全ての項目で、一般職員の肯定的な回答の割合は3割に満たなかった。 ・経営状況の把握と分析に基づいて取組を進めるうえでは、サービス提供の担い手である職員への周知は重要な課題である。事業所内での情報共有と理解促進を図り、さらなる取組に期待する。 	

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	b
	b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 42.9% b) 28.6% c) 0% 無回答) 28.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>法人として制度改正や医療・福祉を取り巻く状況を踏まえ、第2期中期経営計画(平成27年4月～32年3月)を定めている。この計画は副理事長をリーダーとして主に各事業所の管理者が中心となって原案を作り、経営会議に諮って策定した。そこでは法人の理念のもとに、「利用者、地域から信頼される社会福祉法人づくり」の実現を目指して、「相談からサービスまでの切れ目のない利用者支援の実現」などの「7つの柱」を掲げ、それぞれの柱ごとに具体的な取組を明示している。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>法人としての取り組みはあるが、職員への周知に関し、さらなる取組を期待する。</p>	

I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 単年度計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	b
	b) 単年度計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)50% b)14.3% c)0% 無回答)35.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・事業計画は法人の「第2期中期経営計画」を踏まえ「倉敷拠点」「水島拠点」それぞれの統括(法人の執行役員)の職にある職員が、職員の業務負担軽減を図るためにあらかじめ枠組みと「事業所方針」を明示し、各事業所が具体的な取組みを加筆して原案を策定するしくみである。 ・各事業所が加筆する具体的な事項は、「達成目標(何を、どのレベルまで)」「実施計画(いつ、どのような方法で)」「実施責任者(誰が)」に区分し、さらに「年間研修計画」等を明示している。</p> <p>■ 改善課題 ・当事業所の事業計画は、法人の「中期経営計画」の内容を反映して作成するしくみとなっている。しかし、「達成目標(何を、どのレベルまで)」の欄の記述には、抽象的なものが散見される。事業計画は、年度の終了時に実施状況についての評価を行うため、その内容は実施状況の評価できることが重要であり、そのためには目標レベルをより具体的に明示するとともに可能な限り数値化(目標値、箇所数、回数、時期など)した指標を明示することが求められる。 ・職員自己評価の「中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている」の各項目では、肯定的な回答の割合は2割から4割程度である。職員へのさらなる周知の取組み強化に期待する。</p>	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		評価
判断基準	a) 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
	b) 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。	
	c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)7.1% b)64.3% c)0% 無回答)28.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当事業所の事業計画は法人本部が示すスケジュール等に従って上司である統括と管理者とで作成している。12月から1月頃に事業所内で振り返り、管理者はそれをベースにして次年度の事業計画作成に繋げている。 ・事業計画は4月1日の職員会議で全職員に配布して説明している。 ・事業計画の進捗状況と課題の共有は、平成29年度から各拠点(倉敷および水島)のサービス調整会議(毎月開催)で行っている。</p> <p>■ 改善課題 事業計画の進捗管理は拠点のサービス調整会議で行うなど、しくみはあるが、その作成は事実上、上司と管理者とで行い、直接的には職員の意見集約を行っていない。また、全職員に配布して説明を行っているものの、管理者は、事業計画に関心が低い職員がいることを課題と考えている。事業計画の策定においては、職員の参画や意見の集約・反映の仕組みが組織として機能していることが重要である。現状の分析とさらなる取組みに期待する。</p>	

I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		評価
判断基準	a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	b
	b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 事業計画を利用者等に周知していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)28.6% b)42.9% c)0% 無回答)28.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 当該年度の事業の方針等について、利用者には広報誌「ふれあい くムレだより」の配布を通じて周知している。また、利用契約時には事業所の年間の予定などを説明している。家族会代表が法人の理事に就任していることで一部の家族には伝える機会となっている。そのほか、特別に周知すべき重要事項が生じたときは、個別に家族向け文書を出している。</p> <p>■ 改善課題 利用者に対する事業計画の周知については、法人による広報誌の配布以外では、意識的な取組みは特段に行っていない。管理者は今回の受審の過程を通じて、利用者への周知が課題であると認識し、保護者との共通理解の構築が重要と考え、「どう伝えていこうか、方法や機会を考えなければならない」としている。今後の取組みに期待する。</p>	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
	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)64.3% b)21.4% c)14.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 法人として全事業所が数年ごとに第三者評価を受審できるように計画し、受審した事業所では管理者が中心となって改善計画をまとめ、職員や法人役員等が参加する「報告会」を開催して発表している。また、受審年度以降の各年度では、法人内の他事業所を含めて、事業計画に第三者評価で改善提案のあった事項に関する取組みを明示して、その改善に取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題 法人としてサービスの質の向上に向けての福祉サービス第三者評価を活用した一連の取組みは定着しているものの、当事業所では、福祉サービス第三者評価の受審後の分析や改善計画の策定に向けた体制や方策については明確になっていない。福祉サービスの質の向上には、日々の取組とともに、自己評価の実施、第三者評価の受審、利用者アンケートの実施、苦情相談内容への対応等を行い、その結果を評価・分析し、改善に向けて、計画の策定(P)→計画の実施(D)→実施状況の評価(C)→計画の見直し(A)、のサイクルを総合的・継続的に実施することが必要である。今回の受審を契機に、職員参加のもとでの改善に向けた取組みに期待する。</p>	

I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		評価
判断基準	a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	b
	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)42.9% b)35.7% c)0% 無回答)21.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人の計画に基づき受審した事業所では、事業所内で受審結果を共有し、管理者が中心となって改善計画をまとめて「報告会」で発表する。次年度以降の事業計画に改善に向けた取り組みを明示するとともに、課題や改善策等を職員会議で周知し、職員の意見の集約に努めている。 ・事業計画で明示した取り組みは、倉敷拠点会議で進捗管理をしつつ、計画的に取り組むように努めている。</p> <p>■ 改善課題 第三者評価の受審結果は管理者が中心となって改善策をまとめているが、当事業所の管理者は、改善策を職員側から提案してきたり、改善の方向性を共有したりする取り組みは十分ではないと考えている。職員自己評価の「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」の各項目において、職員の肯定的な回答の割合は1割から2割程度であった。第三者評価の結果を受けて事業所として組織をあげて改善に向けて取り組むためには、受審結果の共有から改善計画の立案過程において、職員が参加する機会を意図的に設けて協議を重ねていくことが重要である。さらなる取り組みに期待する。</p>	

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	a
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)14.3% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・管理者の役割は法人の定めるキャリアパスのしくみの中で、職員の職務・役割階層ごとに求められる「期待像」に照らした「役割基準」として明示されている。 ・当事業所の管理者は平成29年4月に就任しており、法人組織における次長でもある。自らの役割を改めて文書化はしていないが、職員の育成によるサービスの質の向上、職員の健康管理、事業所の安全管理、外部との調整、などが主たる役割と考えている。</p> <p>なお、責任者としての役割と責任を会議や研修等の機会に職員に表明し周知していくことは、職員との信頼関係を築き、質の高いサービスの提供や効果的な運営管理を進めていくうえで重要である。さらなる取り組みに期待する。</p>	

II-1-1-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	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)78.6% b)14.3% c)0% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、遵守すべき法令等について全国社会福祉協議会主催の施設長対象の研修等で学び確認している。また、業務に関する福祉法令を書籍や関係通知等で確認しているほか、児童発達支援事業等のガイドラインを用いて年1回自己点検を行っている。 ・行政の制度説明会に出席し、制度改正内容など、遵守すべき法令等の理解に努めている。 ・職員に対しては、児童発達支援事業や放課後等児童デイサービス事業のガイドラインの理解促進を図るため、同じ敷地内の児童発達支援事業所(倉敷学園)で行っている勉強会に参加させ、理解促進を図っている。 <p>■ 改善課題</p> <p>管理者は「新規事業や医療的なケアを含む支援について知識が不十分」であるとしている。職員自己評価の「管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている」について、肯定的な回答の割合は3割強であった。管理者自らが、福祉関係法令はもとより、社会的ルールや倫理を含めて遵守すべき法令等に関する正しい理解に向けて取り組むとともに、職員に対しても周知し、遵守するための具体的な取組み(研修会など)を行うことが求められる。さらなる取組みに期待する。</p>	

II-1-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

II-1-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	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もち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)21.4% c)0% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>管理者は、保護者との日常のやりとり、保護者対象の勉強会、茶話会、連絡帳などから、事業所が提供しているサービスの質を、保護者がどのように見ているかを把握することに努め、職員会議や職員個々との会話を通じて質の向上を図ろうとしている。また、人事考課面接の機会、ヒヤリハット報告、事業所内研修等の機会を活用して職員のサービスの質に関する課題の把握とその向上に努め、次年度の事業計画や事業所内研修の計画に反映させるようにしている。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>管理者は、特に医療的ケアに関する保護者からの期待に対して十分に対応できてはいないと考えており、改善すべき課題はまだあるとしている。管理者には、事業所が提供しているサービスの質に関する課題を把握して明確化し、組織内に全体化させて取組みを進めるリーダーシップが求められる。さらなる取組みに期待する。</p>	

II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)92.9% b)7.1% c)0% 無回答)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・管理者は児童発達支援事業について比較的安定して事業展開ができていると考えているが、平成29年4月に事業を開始した「クラスひかり」(重症心身障害児対象)の安定的な運営に腐心している。利用率や契約件数の目標達成に向けた調整、職員の管理、備品等の整備など、「手探りの状態」としており、上司(統括)と相談しつつ取り組んでいる状態である。</p> <p>■ 改善課題 管理者には、人事・労務・財務等の視点から恒常的に事業所を検証し、コストにも配慮しつつ効果的な事業経営に向けた業務改善を具体的に進めることが求められる。また、同様の意識を職員にも醸成し、事業所全体で効果的な事業展開を目指すための指導力が求められる。さらなる取組みに期待する。</p>	

II-2 福祉人材の確保・育成

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

II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。	a
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)28.6% c)7.1% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人として第2期中期経営計画に「やりがいと自己実現を目指せる仕事」を柱の一つに掲げ、それに則って平成29年に「キャリアパス運営指針」を改訂し、必要な人材やその育成に関する方針等を明示している。 ・職員の採用計画は法人の執行役員会で検討され、具体的な採用活動では正職員の定期採用は法人本部が所管して求人説明会の開催や大学訪問を行い、年間数回の試験を実施して採用を行っている。11月以降には嘱託職員A(正職員を希望する非常勤職員)から正職員への移行希望の有無を確認し、退職予定者の動向を勘案しながら拠点ごとのサービス調整会議や拠点会議で調整しつつ次年度の職員体制を整備している。なお、嘱託職員Bとパート職員は各事業所で希望者の面接を行い、実質的に採否の方向性を決めている。 ・当事業所の管理者は、保育士の採用活動は応募が少なく厳しいものの、職員が安定的に定着しつつあると認識している。</p>	

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)57.1% b)35.7% c)0% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、「キャリアパス運営指針」で職員育成に関する方針を示している。それにより、一般職から経営職にいたる階層ごとに期待する役割を定め、キャリアアップに対応した職員研修体系によって職員育成方策を明らかにし、業務目標管理評価制度によって職員の目標管理を行うといったしきみを運動させ、職員一人ひとりの育成に向けた体制が整備されている。 ・平成29年7月から法人では新たな人事考課制度(正職員対象)を導入した。これは「第2期中期経営計画」に基づいて改正されたもので、以前よりも処遇と階層(等級)の関係を分かりやすく整理することを目指している。これによりキャリアステージごとの「役割基準・職務基準」に基づいて実践と評価を行うしくみであり、手順も明示されている。 ・非常勤職員(嘱託など)に対しては、人事考課制度はないものの管理者が個別面談を行っている。主に職場や仕事に対する意見を吸い上げる場としているが、管理者の裁量で最低賃金なども考慮して時給単価を上げる場合もある。 ・新たな人事考課制度を導入したところであり、今後の職員への周知とともにその成果に期待する。 	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		評価
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	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)64.3% b)28.6% c)7.1% 無回答)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、第2期中期経営計画で「働きやすい職場・労働環境の整備」を掲げ、より良い人材が働き続けられ職員が安定的に確保できるように法人全体で各事業所の職場づくりに気を配っている。 ・職員の就業状況や意向の把握は基本的には管理者の役割であり、残業の状況は管理者が拠点会議に報告して集約する。残業状況の集約は従前の経営会議から拠点会議に移り、よりきめ細かく対応しようという方向である。当事業所の管理者は勤務表を組む際に有給休暇の申請簿で各職員の休暇取得状況等を把握するように努めている。また、目標管理の面接や個別に要望があれば常に受け入れて面談している。管理者は、少人数のため個々の職員の状況は把握しやすいという。 ・ノー残業デーは3年前から、有給休暇の取得状況の把握は、昨年度から意識的に行っている。それらは管理者として業務改善のために必要と考えており、他事業所の管理者にも働きかけている。新たに始まった拠点のサービス調整会議は、各事業所の管理者が自職場の職員の状況を情報共有することが役割の一つとなっており、必要があれば問題提起を行い、対応が難しい場合には「統括」の職にある職員が介入して解決を図る。 <p>■ 改善課題</p> <p>法人として働きやすい職場づくりを目指す方向性を明示し、拠点会議や各管理者の役割を明確にしている。しかし、職員自己評価の「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」の各項目では、肯定的な回答の割合は5割に満たないものが散見される。事業計画に位置づけている取組みでもあり、その原因分析と解決に向けた取組み強化に期待する。</p>	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	a
	b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	
	c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)21.4% c)0% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、「キャリアパス運営指針」で「使命感・倫理観を有する職員の育成」等の「人財育成の方針」を示し、それによって、キャリアアップに対応した処遇制度、職員研修体系、業務目標管理評価制度を連動させ、職員一人ひとりの育成に向けた体制が整備されている。 ・目標管理は、法人が初任者・中堅職員など階層別に求める専門性や能力を明示し、それを踏まえて各職員が「業務・目標管理シート」等の所定の様式によって目標をたて、上席の職員との面接でそれを決定する。さらに目標達成に向け、キャリアステージ(職位階層)別の研修体系に基づいてOJT、OFF-JT、SDS(自己啓発支援制度)を行い、それらの進捗管理は、目標設定時(5月)、中間時(10月)、期末評価時(3月)の面接で確認され、その結果を4月中旬に各職員にフィードバックするしくみである。 ・新たな人事考課制度を導入したところであり、今後の職員への周知とともにその成果に期待する。 	

Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	
	c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)92.9% b)0% c)0% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、「キャリアパス運営指針」で「人財育成の方針」を示している。そこでは「使命感・倫理観を有する職員の育成」、「質の高い福祉サービスを実践できる資質と能力を有する職員の育成」など法人としての職員育成の基本的な考え方を明示している。さらにキャリアステージ(職位階層)ごとに必要とする役割資格を定め、その達成を支援するための体系的な生涯研修課程を構築している。 ・当事業所では法人の研修制度を活用して、対象となる各職員を研修に参加させているほか、平成28年度末まで当事業所が位置づけられていた「発達支援グループ」が計画した「専門研修」(権利擁護、心身の健康管理など)、さらには事業所内研修(事実上は倉敷拠点の他事業所と合同で行う研修)に参加させることで職員育成を行っている。 <p>なお、この評価基準に対する職員自己評価の結果は上記のとおり「a」とする回答が92.9%であったが、各項目ごとに見てみると肯定的な回答の割合は5割以下であるものが散見された。さらなる職員への周知と理解促進を期待する。</p>	

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)78.6% b)7.1% c)0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・正職員は「業務目標管理評価制度」によって一人ひとりの目標が定められ、その課題に応じて法人の諸研修を受講する。階層別研修の参加対象者はあらかじめ法人本部が把握して決定しており、専門研修(昨年度までの発達支援グループが計画)や事業所内研修(拠点内の他事業所と合同)では管理者が広く呼びかけて参加させている。 ・外部研修については、研修情報を法人内で共有し、職員に周知して参加を呼びかけている。 ・新任職員には「クムパートナー制度」(マンツーマンの指導体制のしくみ)によって計画的にOJTを行っている。 ・非常勤職員の研修の機会が非常に少ないため、法人では平成28年度から全ての非常勤職員を対象とした研修会を実施し、理念の浸透などを進めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「キャリアパス運営指針」に基づく職員育成のしくみは、主に正職員を対象としたものであり、また専門研修や事業所内研修の多くは正職員しか参加できない時間帯に実施している。当事業所は職員の約半数が非常勤職員であり、その研修参加の機会がほとんど保障されていないことは課題である。 ・参加対象があらかじめ決定されている法人の階層別研修を除き、当事業所では職員に対する研修参加の促進は単に広く呼びかけるに留まっており、一人ひとりの研修課題を明確にして、それに応じた研修参加を促す働きかけは十分ではない。 ・職員が参加した研修成果の評価や分析、事業所内へのフィードバックは行われていない。 	

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

II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		評価
判断基準	a) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	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)50% b)28.6% c)14.3% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画では「実習生、ボランティアの受入れと育成」を掲げている。 ・受入れ実績は大学生による「介護等体験」だけであり、独自の計画やマニュアルは整備しておらず、受入れがあった場合でも併設する児童発達支援センター(倉敷学園)での実習生の実習の一部を当事業所で受け入れる形である。 ・現状では事業所に実習担当者となるための研修を受講した職員はいない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所での受入れ実績がほとんどないこともあって、実習生の受入れに関する基本姿勢や具体的な手順等について職員間の共通理解には至っていない。 ・福祉人材を育成や福祉サービスに関わる専門職の研修・育成への協力は社会的責務の一つとされている。当事業所の規模や実情に応じ、倉敷学園等と連携しつつ、実習生の受入れに関する基本的な方針や姿勢、体制、効果的なプログラムの用意などに関する検討が求められる。 	

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。

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)71.4% b)14.3% c)0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として運営の透明性を確保するため、ホームページは平成28年度に刷新した。その運用は法人が管理しており、広報委員会が所管している。法人概要、事業案内、情報公開(財務情報、第三者評価の受審結果、事業計画など)といった項目を構成して発信している。職員からの情報発信を伝える「スタッフブログ」は月1回更新する方針である。また、「ひろば栗の家(おうち)」の取組みについてはソーシャルネットワークサービスを活用している。 ・法人の広報紙「ふれあい くみしだより」は年3回(約1,000部)発行し、利用者、後援会会員などに配布しているが、少しずつホームページなどによる情報発信を重視する方向に推移している。なお、当事業所は新規事業であるため、広報誌に一定のスペースを設けて関連情報の発信に努めている。 <p>■ 改善課題</p> <p>ホームページを刷新し、法人の基本理念はもとより第三者評価の受審結果や財務諸表など積極的に事業の透明性の確保に努めている。しかし、苦情・相談の体制や内容に関する情報の発信については公開していない。寄せられる苦情・意見とそれに対応した状況などはサービスの質の向上に関する事項であり、利用者(保護者)や地域に対して理解を深めていくツールとして、また、公費によるサービス提供の主体として説明責任をはたしていく意味でも重要である。さらなる取組みに期待する。</p>	

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)50% b)28.6% c)7.1% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「入札・経理規程」を定め、物品購入や設備工事の契約額に応じた決裁区分や経理上の基準を定めるなど、適切な経理事務の実施に努めている。 ・平成28年度から公認会計士と顧問契約し、現在は各事業所を回って経理事務や帳票を確認することで事業所の実情や書類の管理状況等を把握してもらっている。また、昨年度の決算書類の内容を確認してもらうことで、今後の本格的な外部監査の施にむけて準備中である。 ・職員への周知として、法人の取り組みは「経営会議」における議事録の回覧、「拠点サービス調整会議」でガイドランスの報告などがある。 	

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。

II-4-1-1 利用者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)21.4% c)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人では、第2期中期経営計画で「地域の社会資源との関係づくり」を掲げ、「地域の関係機関、児童クラブ、学校等との情報提供や、地域住民の福祉ネットワークづくりに取組む」としている。また、当事業所のある倉敷地域での地域交流拠点「ひろば栗の家(おうち)」での活動展開の方向性等について明示している。「ひろば栗の家」では、当事業所の子どもと保護者も利用できる「カフェ」や「どんぐりひろば」(子どもの発達や子育てで気になることなどについて情報交換などを行う)、そのほか地域住民との交流の機会や場がある。 ・当事業所では、上記の取組みを掲示して保護者に周知し、また職員も協力してかかわっているが、独自の取組みは行っていない。</p> <p>■ 改善課題 ・法人は「ひろば栗の家」を拠点とした様々な取組みを積極的に展開し始めており、当事業所においても法人の方針に基づいて保護者に対して参加や活用を促している。しかし管理者は、保護者への情報提供は法人の取組みの範囲にとどまっており、子どもと保護者自身にとっての社会資源の活用促進という意味では未だ十分ではない、と考えている。 ・利用者(子どもと保護者)が日常において地域の人々との関係を広げたり築いたりすることは、子どもの社会体験の場を広げるとともに地域の中での子育て支援の視点からも重要である。「ひろば栗の家」での取組みは2年目を迎えたところであり、その積極的な活用も含め、当事業所でのさらなる取組みに期待する。</p>	

II-4-1-2 ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		評価
判断基準	a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	C
	b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)21.4% c)21.4% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 当事業所では独自のボランティアマニュアルはなく、ボランティアの受入れ実績もないが、希望があった場合には受け入れる方針である。その場合、同じ法人の事業所で同じ建物内にある児童発達支援センター(倉敷学園)では問い合わせから受入れまでの手順、当日や後日の動き、活動者への注意事項などを定めており、当事業所ではその実施方法に則って対応することとしている。</p> <p>■ 改善課題 現状では「ボランティアの希望があれば対応する」という方針にとどまっており、担当者も定めておらず、受入れを積極的に位置付けているとは言えない。管理者としてもボランティア受入れに関する基本姿勢等を明示して広くボランティアの受入れを行っていく必要があると考えている。ボランティアの受入れは単に職員の不足を補うためのものではなく、学校教育における体験教室などへの協力など、地域における福祉教育を進めるという側面からも福祉事業所の役割の一つとして重要である。児童発達支援センター(倉敷学園)との連携や役割分担のあり方も含めて、より積極的な取組みに期待する。</p>	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		評価
判断基準	a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	b
	b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)50% b)42.9% c)7.1% 無回答)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の第2期中期経営計画では「関係機関との連携」を重要な取組みの一つに掲げ、当事業所でも事業計画で「機関連携・地域関係づくり」を明示している。具体的に個々の子どもと保護者に対応する関係機関のリスト化までは行っていないが、相談支援事業所との日常的なやりとりや子どもの所属している幼稚園や保育園への訪問などの機会を通じて連携構築に努め、職員間では終礼や職員会議などの機会に情報共有に努めている。 ・協力病院が主催する勉強会に管理者が参加し、情報交換等を行っている。 ・市の自立支援協議会こども部会に必要に応じて参画して障害児施策の推進に協力している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人ひとりの子どもに対する支援の必要性に応じて幼稚園や保育所あるいは相談支援事業所等との連携や情報交換は行われている。しかし、管理者は取組みが必ずしも十分とは考えておらず、職員自己評価の「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」についての各項目でも、肯定的な回答の割合が1割から4割程度であった。 ・よりよいサービスの提供に向けて、必要な関係機関・団体の機能や連絡方法の全体的な把握と連携、それらに関する職員間での十分な情報共有の仕組みの構築が重要である。さらなる取組みに期待する。 	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	a
	b) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)7.1% c)21.4% 無回答)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所独自の取組みはないが、同じ敷地内にある同法人の「ひろば栗の家(おうち)」では、ヨガ教室、親子療育、フラワーアレンジメント、スクラップブック(写真を飾るペーパークラフト)、臨床心理士などの専門職による相談(電話・来所)や勉強会など、法人が有する専門的な機能を発揮して、障害児者や保護者はもとより幅広く地域住民が参加できる企画を実施し、当事業所でも催しの周知や活動への職員参加などにおいて積極的に協力している。 ・「ひろば栗の家」での取組みは2年目を迎えたところであり、その積極的な活用も含めて当事業所のさらなる取組みに期待する。 	

II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	a
	b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.3% b)21.4% c)14.3% 無回答)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・事業所独自の取組みはないが、同じ敷地内にある同法人の「ひろば栗の家(おうち)」では、ヨガ教室、親子療育、フラワーアレンジメント、スクラップブック(写真を飾るペーパークラフト)、臨床心理士などの専門職による相談(電話・来所)や勉強会など、法定外の公益的な取組を積極的に行い、障害児者や保護者をもとより幅広く地域住民が参加できる機会を提供し、当事業所でも催しの周知や活動への職員参加など積極的に協力している。 ・「ひろば栗の家」での取組みは2年目を迎えたところであり、その積極的な活用も含めて当事業所のさらなる取組みに期待する。</p>	

III 適切な福祉サービスの実施

III-1 利用者本位の福祉サービス

III-1-1 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

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もつための取組が行われている。	a
	b) 利用者を尊重した福祉サービスについての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)100% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人の理念「ともに育ち ともに生きる」を誰もが目につきやすい玄関ホールに掲げている。また、理念を実行するための基本方針の冒頭に「利用者満足の追及」掲げ、利用者を尊重したサービス提供を示唆している。職員は、理念実践のための行動指針を示す「ブランドブック」を携行し、管理者は、これを繰り返し読み理解を深めるように指導している。 ・事業所では、終礼時の話し合いでは、管理者とクラスリーダー(キャップ)は、子どもを尊重したサービスが提供の視点から、日々の療育・支援などについて職員を指導している。 ・権利侵害の防止への職員教育として、法人は、グループワークを取り入れた人権研修を年度当初に正規職員を対象に行い、当事業所職員も受講している。当事業所が所属するグループ(倉敷拠点)では、今年度は、身体拘束にテーマを絞った研修とした。法人倫理委員会は、各事業所のサービスが子どもや保護者の人権に配慮したものとなっているかを定期的に確認する仕組みをもっている。</p>	

Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		評価
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
	b) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。	
	c) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)7.1% c) 7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人が運営する児童発達支援事業所「きらり」共通の職務遂行要領書では、排泄や更衣支援の面でプライバシーへの配慮を取り上げ、日常のサービス提供においても、排泄介助の際に衝立を使って他者から見えないように工夫し、子どもの前では、他の子どもの話題を出さないことにしている。また、子どもの忘れ物を確認する場合でも、当該児の荷物を開けることについて、どのように子どもに伝えて了解を取ることが適切かを話し合ったなど、子どものプライバシーや権利に対する認識をもって療育にあたっている。</p> <p>■ 改善課題 ・職務遂行要領書には、プライバシー保護等の人権擁護に関する規程はない。福祉サービスの提供における権利擁護は重要な社会的課題である。プライバシー保護と権利擁護の取り組みが規定およびマニュアル等にもとづき実施されることはもとより、取り組みを利用者(子どもや保護者)に周知すること、また、事業所において不適切な事案が生じた場合を想定し、対応方法を明確にしておくことが必要とされる。今後、職員の話し合いに基づいてマニュアルの作成・整備をすすめ、利用者(子どもや保護者)とも共有するしくみを作ることを期待する。</p>	

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

Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		評価
判断基準	a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	a
	b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)14.3% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・利用希望者が入手できる情報は、法人が運営・管理するホームページ(HP)や広報誌「ふれあい くもレだより」(各1000部発行)、事業所のリーフレットで発信している。 ・法人の理念や基本方針、各事業所のサービスを紹介する広報誌「ふれあいくもレだより」やリーフレット(多色刷り)は、行政窓口や総合療育センターなど利用希望者の出入りが想定される関係機関に置いている。当事業について法人HPは、事業の紹介とサービス利用までの流れ、よくある質問コーナーで構成している。HP、広報誌を通して当事業所ばかりではなく、法人の事業運営姿勢の一端を知ることができる。 ・利用希望者の見学は、個別に随時受け入れ、管理者が見学者を1時間以上の時間をかけて案内し説明を行う。保護者には、サービス内容とともに、他の保護者から質問の多い項目や負担金などを詳しく説明する。また、見学の子どもが自由に遊びを選択して療育を体験できるよう、多種類の遊びを用意して対応している。職員は、一緒に遊びながら受け入れに備えて子どもの様子をきめ細かく観察する。見学時の様子は、終礼で共有し、通所初期の個別支援計画立案時のアセスメント情報として活かされる。</p> <p>なお、多色刷りリーフレットは、療育内容等は分かりやすさをコンセプトに工夫、考案されている。児童発達支援だけでなく、放課後等デイサービスを含めて、一人が利用できる「時間数」が明示されるとさらによいものになると思われる(今回の第三者評価の過程で、リーフレット内容が変更され、一人が利用できる時間が明記された)。</p>	

Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。		評価
判断基準	a) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	C
	b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.3% b)35.7% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所を利用する場合は、倉敷市の行政窓口から市内の相談支援事業所を経て本事業所の見学を経て利用開始となる。 ・サービスの開始・変更時には、管理者(児童発達支援管理者でもある)が重要事項説明書と契約書別紙に沿って保護者に詳しく説明しながら質問を受けるようにして理解を確認しているという。説明の際は、療育内容を写真紹介している「きらり事業所」共通の多色刷りリーフレットも用いて充分時間をかけ、保護者との同意・契約に至る。サービスの変更時も同意内容を書面に残している。また、平成29年度から受け入れている重症心身障害をもつ子ども固有のサービスに関しては、重要事項説明書、契約書・契約書別紙、多色刷りパンフレット、それぞれに専用の文書を挟み込んでいる。 ・説明は保護者の個別状況に応じているが、意思決定が困難な場合などは、相談支援事業所の相談支援専門員と連携して意思決定を支援するなどしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所のサービス開始・変更に係る利用者(保護者)への説明は、対象者の理解に重きを置いて行われている。しかし、その過程は支援の記録として残されていない。本評価基準「福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している」では、利用者の同意を得るまでの支援過程の記録を求めており、書面での確認ができない場合は「C」と評価すると定められている。今後の取組に期待する。 	

Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮している。	a
	b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.3% b)28.6% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本事業所においてサービスが変更・終了するのは、卒園後、地域の小学校(特別クラスを含む)、特別支援学校への入学が一般的であるという。事業所では、子どもの就学1年前から年2回程度の保護者面談を行い、保護者が就学時検診で子どもの発達と療育の経過を的確に説明できるように取り組んでいる。入学前の2月には、入学準備の保護者懇談会を開催し、子どもが入学先に対しては、希望する保護者には、校長あてに療育内容を記載した「状況表」を送付する。また、入学後も学校からの問い合わせに応じるなど、サービスの継続性維持に努めている。 ・転居等によるサービス事業所の移行についても、保護者の同意を得て、転居先のサービス担当者に「状況表」を交付して、サービスが引き継がれるよう取り組んでいる。 ・サービス利用終了後は、隣接する「倉学(くらがく)基本相談」が継続相談を受けるしくみとなっているので、利用者はこの相談窓口を紹介している。本事業所に直接の相談があれば応じている。 <p>なお、サービス事業所間の移行等、様々な場合を想定したサービス移行・継続支援の手続きや手順を文書化しておくことが望まれる。</p>	

Ⅲ－１－(3) 利用者満足の向上に努めている。

Ⅲ－１－(3)－① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)42.9% b)35.7% c)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、基本方針の冒頭に「利用者満足の追及」を掲げている。3年に1回、第三者評価実施のたびに利用者調査を行うことにしている。当事業所は、利用者満足に関する独自の調査は行っていない(3月にガイドラインの自己点検を実施)。第三者評価時の利用者調査の結果から満足度を把握するとしている。法人は、第三者評価の結果を次年度の事業計画に反映させて利用者満足度を高める取り組みを指示し、2つの拠点「統括」の方針に従って、各事業所も取り組んでいる。ペアレント・トレーニングや祖父母・きょうだい児への取組は保護者や子どものニーズから生まれている。 ・事業所では保護者との個別懇談(面談)や茶話会は年に数回実施しており保護者の要望を聞く機会と位置付けており、具体的要望などは記録に残している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人が掲げる「利用者満足の上を」を確実なものとし、利用者等の意向をサービスの質の上につなげるためには、意見・要望の把握の機会、テーマ、記録、分析、担当者等に関する規程を設け、しくみとすることが肝要である。今後の取組に期待する。 	

Ⅲ－１－(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

Ⅲ－１－(4)－① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		評価
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	C
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)28.6% c)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決のしくみについては、苦情受付窓口、苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員(2名)、及び、市役所の障害福祉課、岡山県運営適正化委員会の連絡先を見やすく工夫した法人所定のポスターを玄関に掲出している。利用契約時にも重要事項説明書によって、これ等の内容を説明している。また、クラス内の事務用机上に意見箱を設置し、保護者が苦情を書いて投函できるようにしている。 ・利用者からの苦情は少なく、また、苦情に対する対応についての公表を望まない利用者が多いという。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第三者委員への直接の連絡先の明示(現状は、2名の第三者委員は同じ職場に属し、その代表電話が連絡先として登録されている。)、第三者委員と利用者(子ども、保護者)の顔つなぎの機会をつくるなど第三者委員を活用できる体制の整備、事業報告書や広報誌等への苦情解決結果の公表に関する体制づくりなど、苦情解決のしくみを有効に機能させるため取組むべき法人としての課題がある。 ・意見箱は、さまざまな提案や意見を集約する多様な方法の一つである。匿名性の担保が重要である。(今回の第三者評価の過程で、意見箱は匿名性に配慮したものに設置替えされた。また、気軽に意見を投稿できるよう傍に「意見を記入しても良い。メモに使用しても良い」用紙を準備した。) <p>なお、本評価基準は、苦情解決状況の公表を行っていない場合は、「C」と評価することとされている。</p>	

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		評価
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。	b
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)35.7% c)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・利用者からの意見や相談は、連絡帳、メール、保護者との個別相談、保護者全員を対象とする懇談会などで受け、また、ゆっくり話ができるように個別の相談スペースも設けている。送迎時には、職員から保護者に積極的に声を掛けて相談しやすいよう工夫している。利用者調査の結果においても、6割程度の回答者が「相談が役立っている」とし、アドバイスが的確でとても役に立った、ちょっとした相談ごとや困りごとにもその場で対応してくれる等の意見が見られる。一方、重症心身障害をもつ子どもの保護者(回答者)は、3割程度の肯定的回答であった。今後経験を積んで頼りにされる「相談」となるよう頑張りを期待したい。</p> <p>■ 改善課題 重要事項説明書には、苦情受付の一環として、「利用料のお支払いやサービス利用に関するご相談」を「お客様相談係」が受けるとして、苦情受付窓口、苦情解決責任者が記載されている。一般的な相談との関係性がわかりにくい。利用者(保護者等)が相談をしたり意見を述べる際には、複数の方法や相手を自由に選べる必要があるとあり、このことを含め、相談を受ける体制をわかりやすく掲示するなど、利用者(保護者等)が相談や意見を述べやすい環境づくりが求められる。改善に期待する。</p>	

Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。		評価
判断基準	a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	b
	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。	
	c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)21.4% c)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・保護者の意見や要望を把握する機会は、送迎時の引継ぎ場面、個別支援計画や就学前の個別懇談(面談)、個別的一般相談、家庭訪問などがあげられる。こうした機会を含め、保護者から受けた意見・苦情の対応手順については、苦情解決マニュアルの他、職務遂行要領書にも掲載している。 ・保護者からの相談や意見には、例えば、急な相談であっても、職員が時間を確保してその都度、相談に乗ることにしている。利用者調査の結果で、適切な助言が得られることに満足している回答が見られた。 ・保護者からの意見は、事業所内で改善策を検討し、法人サービス調整会議で意見の内容と事とともに改善策を報告する。利用者からの意見・要望をサービスの質の向上に確実に反映させる法人としてのしゅみがある。</p> <p>■ 改善課題 ・利用者からの意見や相談への対応のしゅみとして、所定の報告書へ記載する案件、各会議体が扱う案件等について、職員が共通認識し、各自が判断できるような組織としての取り決めが必要と思われる。</p>	

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

Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。		評価
判断基準	a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	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)50% b)42.9% c) 0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、横断的な組織「リスクマネジメント委員会」「交通安全・防災委員会」「安全・衛生委員会」を整備し、リスクマネジメント体制を構築している。リスクマネジメント委員会は、安全性確保の観点から事業所内の環境整備や職員間の関係性について年1回、事業所を巡回し、是正箇所を指摘するしくみが定着している。また、同委員会は、危険予知トレーニング(KYT)を実施しており、当事業所職員も受講している。 ・事業所での事故対応は、事故発生時マニュアル(フローチャート化)を職員に周知させて対応の徹底を図っている。「事故発生処理報告書」及び「ヒヤリはつと発生処理報告書」は、ともに対応した職員が、発生時の状況から処置内容、考えられる発生原因を記載し、終礼などの場で、職員全体で予防対策を検討する。さらに1か月後に予防対策の実施状況を管理者が確認するしくみである。 ・クラス内の安全は、毎月、安全チェック表によって点検している。管理者は、事故・ヒヤリハットの事例が積極的に収集されていない点を課題としている。 ・訪問調査時には、高所棚に備品が収納されており、落下の可能性が危惧された。(今回の第三者評価の過程で、棚に扉が敷設された。) ・また、平成29年度は4月から重症心身障害をもつ子どもの受け入れを始め、一人ひとりのリスクを保護者と話し合い記録し、職員間で共有している。また、吸引等医療機器による事故防止の実践的対策の検討に着手している。 <p>■ 改善課題</p> <p>当事業所の療育は、マンツーマンの対応で大きな事故は起こりにくい状況と考えられるが、屋内外の安全には常に緊張感をもって対応する必要がある。「安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている」の職員自己評価の肯定的回答は各項目4割から5割に留まって、2割台の項目もある。子どもの安全を保障する重要な点であり、安全チェック表の見直し、職員が収集した事故・ヒヤリハット発生要因の分析と改善策・再発防止策の検討とその実施、さらなる危険予知能力の向上など、今後の取組に期待する。</p>	

Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全の確保のための体制を整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	b
	b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	
	c) 感染症の予防策が講じられていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)42.9% c) 0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「安全衛生委員会」が、感染症予防対策を講じる役割を負っている。また、法人看護師連絡会も、全国的に発生した感染症や食中毒に対する注意を「保健だより」として各事業所に配信し、注意を喚起している。職員は、感染症に関する法人内研修(実技を含む)を受講している。 ・事業所では、「感染症マニュアル」にもとづいて感染症対策をおこなっている。管理者は、感染症等に関するマニュアルを学校保険基準を参考に見直し、社会的変化に対応させている。 ・事業所では、看護師連絡会が発行する「保健だより」を保護者に配布し、季節に合わせた健康管理のトピックスとして周知させている。また、インフルエンザが流行する時期には、保護者に対して子どもの体調管理に関する注意喚起をしている。これまで、感染症の集団発生は起きていない。 ・子どもには、手洗手順を写真で示し洗面所に貼付して手洗いの習慣化を図っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「感染症の予防や発生時における利用者の安全の確保のための体制を整備し、取組を行っている」の職員自己評価の結果は、各項目の肯定的回答は5割程度である。事業所では、取組の不十分さを認識している。現状の取り組みを再点検・評価し、さらに適切な取組みとなるよう期待する。 	

Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		評価
判断基準	a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
	b) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)28.6% c) 0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人「交通安全・防災」委員会が法人事業所の災害時安全対策を主導している。非常持ち出し品の指示、一斉避難訓練実施と実施後のアンケート調査、その他、全国で起こる災害についての情報を収集して各事業所に配信するなどの活動を行っている。また、法人では「リスクマネジメント委員会」を中心に、災害時事業継続計画(BCP)の作成に取り組んでいる。 ・地震・火災・台風の対応は、それぞれ職務遂行要領書に記載している。法人は、災害時対応マニュアルを策定し、本事業所の緊急避難場所を職員および保護者に周知させている。 ・災害時訓練等は、併設の児童発達支援センター(倉敷学園)と協働して行っている。建屋全体の防火責任者を決め、災害発生時には緊急時対応マニュアルに沿って協力し合い、年1回は大災害を想定した訓練を実施している。今年度は火災時訓練時の消防署員の他、不審者対策でも警察署員の訓練を受ける機会があった。また、専門機関の指導のもと地域住民とともに炊き出しについても訓練を受ける機会に恵まれた。 ・非常災害用に水、食品、おむつなど職員分を含め2日分を備蓄している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子ども一人ひとりの避難方法は、クラス担任が指揮し、安否は目視で確認するとしているが、事業所以外の人救出活動を行うことも予測されることから、子どもの特性に応じた避難誘導の方法を明示し、保護者の合意も得ておくことが求められる。 	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-1 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

Ⅲ-2-1-1 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。		評価
判断基準	a) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。	b
	b) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 85.7% b) 7.1% c) 7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・事業所では業務の水準維持に各種のマニュアル(手順書)を作成している。主なものは職務遂行要領書、感染症マニュアル、虐待防止マニュアル、緊急時対応マニュアル等である。職務遂行要領書では、「登降園に関して」、食事・排泄・着脱・散歩・投薬・清潔、身体測定、連絡帳の記載例など、項目ごとの手順と配慮事項が新規職員と一般職員に分けて詳述されているうえ、一日の主な支援についての手順を網羅したものになっている。排泄・着脱の項目にはプライバシーへの配慮が書き添えられている。虐待防止マニュアルは、倉敷市発行のものを準用している。どのマニュアルも写真やフロー図を使い、平易な文章でわかり易さへの配慮が感じられる。</p> <p>■ 改善課題 ・各種のマニュアル類と実践の整合性を確認する仕組みはもっていない。 ・プライバシーを含む子どもの権利擁護に関しては、手引きの作成や職務遂行要領書内の関係項目への加筆が必要である。また、家庭訪問、また支援の要である個別通所計画策定のプロセス、日々の利用者(子ども、保護者)に関する記録方法(モニタリングの根拠となる)など、考え方や留意点を文書化しておく必要を感じる。今後の取組に期待する。</p>	

Ⅲ-2-1-2 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。		評価
判断基準	a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。	b
	b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。	
	c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 64.3% b) 35.7% c) 0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当事業所がサービスの標準的な実施方法として策定している業務マニュアルは、管理者を実施責任者として、倉敷拠点や発達支援グループでの点検・見直し決められている(平成29年度事業計画)。職務遂行要領書については、児童発達支援事業所「きらり」5事業所で点検・見直しを行い、各事業所の実情に合わせた改定が進められている。当事業所では、重症心身障害をもつ子どもの受け入れに伴い、関連項目の見直しを始めている。</p> <p>■ 改善課題 ・標準的な実施方法については、利用者が必要とする福祉サービスの内容の変化や新たな知識・技術等の導入を踏まえ、定期的に検証し、見直しをすることが必要である。また、見直しは、職員の見解だけでなく、支援の受け手である子どもや保護者の意見や提案も反映されるしくみをもつことや、個別支援計画によって支援ニーズに応えるために、不足している支援や仕組みを検証することも求められる。今後の取組を期待する。</p>	

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

Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な個別支援計画を適切に策定している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	a
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 78.6% b) 14.3% c) 7.1% 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、療育に関するアセスメント、通所支援計画立案の過程を職員育成の一つの機会ととらえて各児の通所支援計画策定担当者(正規職員)を置き、担当者が、暫定的通所支援計画のアセスメントから本計画立案と、保護者への説明、モニタリング等を、職員間の話し合いを挟みながら、行うことにしている。児童発達支援管理者(児発管:事業所管理者を兼任)が、要所要所で確認・助言指導をするという仕組みである。 ・通所初日からの暫定プラン、通園一月後の本計画策定に際しては、保護者が提出する「要望書」(所定の様式)などを基に保護者への聞き取り等で得た結果を所定のアセスメントシートにまとめる。シートは、食事・整容・入浴などADLの6項目に、コミュニケーション、認知機能、家の中での活動、個性の合計10領域と、それらを受けた子どもの「全体像」で構成されている。これらの情報に見学時や通園開始後1カ月間の様子を加味して所定の様式にまとめ、ここから子どもの強みを把握して支援計画に活かす。 ・重症心身障害をもつ子どものクラス(「クラスひかり」)では、支援職員の他に看護師、併設の児童発達支援センター(倉敷学園)言語療法士(ST)、作業療法士(OT)も加わってアセスメントの確認と通所支援計画の立案をする。立案した計画は、児発管がアセスメントおよび計画の適切性を確認したのち決定し、保護者へ説明する。アセスメントや支援の困難性が予測される事例の場合は日々行われる終礼をケース会議に切り替えて職員全体で検討するなどしている。 ・今回の利用者(保護者)調査は、通所支援計画立案時の要望の把握や、分かりやすい計画の説明について高い満足感が得られていることを示している。 <p>なお、児発管を兼任する事業所管理者は、計画策定過程に、必ずしも複数職員による検討の機会を設定できていないことを課題としている。事業所全体の落ち着きを待って、できるだけ早い時期に改善に取り組まれることを期待する。</p>	

Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	b
	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) 78.6% b) 21.4% c) 0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別の通所支援計画の見直しは、モニタリング・評価を経て6カ月ごとにサービス受給者証の更新時期と合わせて保護者懇談の機会に行うことにしている。 ・「クラスひかり」では、見直しの時期に、支援職員とST・OTなどの専門職の他、保護者および関係機関にも集ってもらい、総合的見地からモニタリングを行うしくみとし、実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画策定担当の職員は、保護者とのモニタリングの前提として、療育記録連絡帳写し(実践記録を兼ねている)および「児童記録」から支援状況を把握し、保護者との懇談に臨んでいると推察されるが、事業所として定めているものや記録が不確実であるために実施状況の確認ができない。乳幼児発達検査の結果が用いられていることは記録によって児確認することができる。モニタリングの根拠とする情報の明確化やモニタリング記録の整備等が課題であり、取組みに期待する。 	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

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) 78.6% b) 14.3% c) 0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス実施記録は、保護者と交換する療育記録連絡帳に日々、記録される。連絡帳には通所支援計画の項目がそのまま「ねらい」として一覧表で印字されており、項目ごとに各通所日の療育記録が書き込まれる。職員によって書き方に差異が生じないように、ねらいの項目ごとにサービスの実施内容を選択肢から選ぶ方式にして、その右側に短い説明文を書くように工夫した書式である。また、職務遂行要領書においても詳細に「連絡帳」作成手順と記述要領を示し標準化を図っている。 ・サービスの実施に関する職員の情報共有は毎日の終礼で実施しており、検討事項等は終礼記録に記されている。 ・事業所内の情報共通には、パソコンのネットワークシステムも活用している。また、法人本部や各種委員会などからのサービスに係る情報も、このシステムによって入手することができる。 	

Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		評価
判断基準	a) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。	b
	b) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 85.7% b) 7.1% c) 0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・記録の管理責任は、事業所管理者である。子どもの記録は1冊ずつ個人ファイルにまとめ、サービス利用までの書類一式およびアセスメント関連記録、通所支援計画、療育記録連絡帳の写し、家庭訪問記録、保育所訪問記録等のすべてを職務遂行要領書に定めに従ってファイルングし、鍵付き書庫などに適切に保管している。また、通所支援計画を作成するパソコンにはアクセス制限を設けている。 ・開示請求や破棄の方法は個人情報保護規程で定めている。ホームページ上でも個人情報の取り扱いについて公表し、開示・改正・削除・利用停止の依頼窓口を設置し、連絡先を明示している。 ・職員へは入職時に離職後も守秘義務を課す旨の誓約書を交わし、個人情報の漏えいに配慮している。管理者は、個人情報保護の観点から、職員会議等で情報の取り扱いについて説明し周知を図っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・会議などで個人情報保護に関する話題が出ることもあるが、職員の理解が深まるような計画的な学習会・研修には取り組めていないことを管理者は課題認識している。今後の取り組みを期待する。 ・利用者(保護者等)からの支援記録等、個人情報に関する開示請求は、個人の権利として個人情報保護法に定められており、通園時に保護者へわたす重要事項説明書へ明記(請求方法、開示対象、手続き、費用等)しておくことが必要である。また、電子媒体の取り扱いについても管理体制整備と職員への周知徹底が望まれる。 	

IV 具体的なサービス内容

IV-1 利用者の尊重と権利擁護

IV-1-1 (1) 自己決定の尊重

IV-1-1(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)71.4% b)28.6% c)0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所は、「子どものかけがえのない人生を尊重しサポートしていくこと」を方針の一つとしている。 ・療育・支援では、発達やコミュニケーション上の障害に応じて、それぞれに合った言語や視覚情報(色分け、写真や絵、実物)を用い、荷物の収納や降園準備、つぎのプログラムへの移動などのIADL(手段的日常生活動作)から、食事・排せつ等のADL(日常生活動作)まで、それぞれの自主行動が導き出せるように支援している。また、個別の強みやこだわり、興味や関心を療育の中で生かし、さらなる関心へとつながるように取り組んでおり、利用者(保護者)調査の結果からも、その効果が感じられる。 ・個別療育計画に関わる活動は、子どもの意向(すき・きらいの表情)と共に保護者の意見・意向を反映したものが多い。 ・多くの通園児がもつコミュニケーション障害への個別的対応や、その意向を察知しつつ、無理なく「できること」を増やす個別・集合療育の中で合理的配慮を具体化している。 ・職員教育の面では、年度当初に法人内の人権研修受講のほか、事業所としても、併設事業所(児童発達支援センター)との三月ごとの合同研修に参加し、「権利擁護」や「合理的配慮」について浸透を図る機会をもっている。 <p>なお、近年の福祉サービスにおいて障害の軽重や種類にかかわらず等しく、その自己決定が尊重されるべきであることは自明である。当事業所においてもせめて年長児にはサービス提供上の決まりなどについてその意思を直接問い、実践に活かす機会をつくる工夫を望みたい。</p>	

IV-1-1 (2) 権利侵害の防止

IV-1-1(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	C
	b) -	
	c) 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)0% c)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・権利侵害の防止等の取組みとして、職員による不適切な行動(通園バッグを職員が当該児に断りなく開けるなど)を目視したような場合には、終礼時に話し合うといった取組み、また、バギー車使用時にシートベルト着用によって身体拘束が想定されるような場合、事前に保護者に説明をし、書面同意を得るなどは行われている。 ・権利侵害の防止への職員教育として、法人は、グループワークを取り入れた人権研修を、年度当初に全職員を対象に行っている。当事業所が所属するグループ(倉敷拠点)では、今年度は、身体拘束に的を絞った研修が行われている。また、法人による虐待防止マニュアルの中で虐待発見時の届け出・報告等について定め、事業所ではこれについて職員への説明も行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この評価基準「利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている」の職員自己評価の肯定的回答は6割程度が1項目あるほかは、4割前後である。権利侵害とはなにかの検討を事業所として改めて実施し、非常勤職員を含む全職員へ周知徹底すること、また、権利侵害の防止策の検討と具体化の仕組みづくりが課題である。また、子どもの権利侵害防止の取組は家族・地域ぐるみが求められており、保護者に対する啓発活動も欠かせない。 ・重症心身障害をもつ子どもたちのクラス(「クラスひかり」)では、他クラスの子どもの出入りを防ぐために出入りに施錠をすることがある。これについて障害をもつ子どもの権利という視点からの検討、解錠及び代案の検討、その記録化が必要と考えられる。 ・なお、この評価基準は、取組が十分でない場合は、「c」評価とすると規定されている。 	

IV-2 生活支援

IV-1-(1) 支援の基本

IV-1-(2)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
	b) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)7.1% c)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・「支援者の思いを押しつけず、自由に療育の場で子どもが意思表示できるような条件を整えた支援」を自律支援として、基本に据えている。療育場面においても、どこに行きたいのか・行きたくないのか、何をしたいのか・したくないのかなど意思表示できるよう個々に合ったツールの使用や、関わり方の工夫などによって、自律生活に配慮した支援をしている。また、自分でつぎのプログラムに移動する、食後の後始末や降園時に持ち物をカバンに入れるといった場面や、登降園時の支度などでは、個々の発達に合わせ自立にも配慮した個別支援を行い、危険性がない限り「見守り」に徹している。支援は、「おあつまり」場面以外は、ほぼマンツーマン対応なので、必要な時には迅速な対応が可能である。さらに、自律・自立支援については、選択肢の提示や、年上の子どもと一緒に過ごすことで学習する機会を設けるなどで動機づけている。 ・行政手続きや生活関連サービス等の利用についての情報提供は、保護者との相談過程で個別実施している。</p>	
IV-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a
	b) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)14.3.0% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・子どもが社会参加をするには、その障害特性から「困ったときにどうしたらよいのか」「大人にどうすれば気持ちを伝えられるか」が糸口となると事業所は考えており、コミュニケーション能力の向上は、当事業所の中核的支援となっている。複数職員によるアセスメントと通所支援計画に基づいてサービスを提供し、支援上のコミュニケーションは、家庭での状況の把握や子どもの発達や特性、場面に応じて、言葉によるコミュニケーションの他、絵・写真・文字を添えたカード・実物の提示といった様々な視覚情報を一人ひとりに最も適切な方法となるように選択・工夫して用いている。また、意思の把握が困難な場合は、保護者からの情報や療育中の様子をもとに支援職員が話し合っより適切な理解ができるよう努め、工夫している。 ・「クラスひかり」でのサービス提供は、平成29年度からはじまり、スヌーズレンのスイッチを押すことで明かりの点滅を楽しみながらコミュニケーションを学習する方法などを試行している。</p>	

IV-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	b
	b) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)64.3% b)35.7% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの意思表出(何を望み、何を望まないかなど)は、多くの場合、療育をとおして観察できる「笑顔」が判断基準の一つであるとされる。支援職員は、療育場面をとおして、視覚的情報を交えた選択の機会や、表情を読んで支援方法や素材の変更に役立てるなど、子どもの意思決定を尊重している。 ・保護者とは定期的に年2回は、意向を把握する機会(個別の面談)をもち、日頃は送迎時などに子育てや進路などに関する相談を受けている。相談については、送迎時以外にも希望による相談が可能であることを重要事項説明書に示し、個室での対応も行うなど相談しやすい環境づくりに努め、相談には、主に悩みの傾聴、助言や情報提供といった形で応じている。利用者(保護者)調査によると5割強の回答者が相談が役立っていると回答している。療育についての相談内容は、日々職員間で共有化し、必要に応じて通所支援計画へ反映もしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護者からの相談内容は職員との共有化を図るだけでなく、その対応について児童発達管理責任者等と関係者による検討・理解・共有を行うことが求められている。意思決定支援としての妥当性や通所支援計画への反映等の検討の意味が含まれている。この考え方の吟味と、「相談」を意思決定支援として、しきみをつくる今後の取組みが期待される。 ・子ども自身の意思の尊重という観点から、小学生や年長の幼児などは、支援職員に伝えたいことを伝えられる場(意思を表明できる場)を意図的に設ける工夫も望まれる。 	

IV-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	b
	b) 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)28.6% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療育中の遊具や教材、プログラムなどは、大きくは個別・集合での療育があり、遊具や教材等もそれに合わせて豊富に備わっている。日々の療育では、動機づけとして、通園児個々の通所支援計画と関心・好みに合わせ、現場責任者を中心に通園日ごと、場面ごとに遊具等を入れ替えるなど、当該児が喜んで参加する下準備をして子どもを迎えている。 ・遊びの面では、クラスでの多様な遊具によるもの他、集合的には、ホールでの大型遊具による運動遊び、屋外での遊びや水遊びなど季節に合ったものも取り入れている。 ・家庭における日中活動の地域情報は、保護者向けに社会福祉協議会など外部からの情報を通園口への掲示やカウンターに置くなどして提供している。日中活動に関する保護者からの問い合わせには、情報提供や社会資源の利用法についての助言なども行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の場合、一人ひとりの通園時の地域生活を視野に入れた情報提供にまで支援が及んでいない。今後の取組に期待する。 	

IV-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
	b) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)14.3% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所利用児は、アスペルガー症候群、学習障害、知的障害など多様な発達障害をもっている。平成29年4月からは重症心身障害をもつ子どもも受け入れるようになった(「クラスひかり」)。正規の支援職員は、法人内児童発達支援センター倉敷学園で一年間の初任者研修を経て配属される。リーダー層は、適切なOJTによって職員の専門性向上を図っていることが、職員自己評価からも窺える。また、併設児童発達支援センター(倉敷学園)のSTやOTからも知識や技術について助言を得ることができる環境にある。また、法人専門研修として「感覚統合療法」などが組まれている。 ・物理的な環境としては、スヌーズレンの利用や構造化、視覚情報によって行動に見通しをもたせるなど、個々の障害状況に合わせた取組が行われている。 ・障害による個々の行動特性や生活状況は、アセスメント過程で把握し共有されているが、療育の過程でも職員の気づきを記録し、日々のミーティングで適切なかわりを探り、支援方法を見直し、共有し、つぎの支援に活かすという手立てがとられている。 ・子ども同士がよい関係を保てるよう集団遊び(お絵かき、運動、散歩など)や「あつまり」として、歌、手遊び、楽器、ルールのある遊びなどを組み込んでいる。子ども同士に緊張がある場合には、職員が間に入って遊ぶ、場面を変えてみるなど、無理なく子どもの気持ちが転換できるようかわりを工夫している。 ・「クラスひかり」には、経管栄養・吸引等の医療的ニーズに応えるために2名の看護師、介護福祉士を配置している。職員は、通園してくる子ども個々の医療面での留意点をOJTによって看護師から学んでいるが、さらなる学習の必要性を感じている。発声や嚥下機能の面ではSTが個別対応をしている。STは、看護師や支援員からの情報を取り込みつつ従事し、日頃の支援は、看護師を中心にマンツーマン以上の人手でかわるなど受入れ初年度ということもあって慎重な対応をしている。 	

IV-2-(2) 日常的な生活支援

IV-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a
	b) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)78.6% b)14.3% c)0% 無回答)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同じ建屋内で調理された昼食を提供している。献立に食育や子どもたちの嗜好を反映するために、管理栄養士は給食会議(毎月)で子どもたちの嗜好や保護者の意向等を把握するとともに残菜にも気を配って季節感のある献立を心がけているという。また、体調等によって、刻み・ペースト・流動食などの他、医師の指示に基づいたアレルギー対応の食事も提供している。 ・療育面では、就学に備えてお弁当を持参する子どももいる。 ・「クラスひかり」では、利用初日には登園時から食事介助まで保護者が付き添うこととして、その介助法(食事・排せつ・医療的ケアなど)を看護師、支援職員等が学習し、個別支援に活かす。食事場面には、管理栄養士も同席して保護者の意向をもとに食事形態等を定めるなど、きめ細かな配慮をしている。 ・入浴支援は、「クラスひかり」でサービス提供している。個々の入浴方法や介助法等を定め、2人介助で行っている。清拭は、気温上昇時のほか、発汗や汚れ等、子どもの様子に応じて行われている。 ・排泄支援は、保護者からの情報や要望によってトイレトレーニングを行うことが多い。その他の場合も保護者の意向を踏まえて、職員間の検討を経て、時間、使用する用品など、個々の状況に応じた支援が行われ、子どもが我慢し過ぎることがないように、気配りをしている。 ・移動・移乗の支援には、介助方法や子どもに合った座位保持用具の工夫など、必要に応じて併設事業所OTの助言を受けて実施している。送迎サービスには、支援職員が添乗して個々の安全状況を確認している。 ・経管による栄養摂取の場合を含め、すべての子どものアセスメントにもとづき、看護師やSTの助言を得て、食後やおやつ後の口腔ケアを行い、あわせて口腔マッサージも行っている。 	

IV-2-(3) 生活環境

IV-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。		評価
判断基準	a) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	b
	b) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されているが、十分ではない。	
	c) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)78.6% b)21.4% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プレイエリア(療育の場)は温度・湿度計を備えて、適切な室温、湿度、照明の明るさを保つようし、障害特性に配慮して、落ち着いて課題に集中できるようパーティションでコーナーをつくり視覚情報をできるだけ制限した環境で、日々子どもを迎えている。療育環境の大きな位置を占めるパーティションは、子どもの気持ち、取り組む課題などを考慮して使い方を変えている。 ・快適で安心・安全なスペースとなるよう安全点検チェック表(床・壁面・天井・柵・掃除用具の整理整頓など8カテゴリ-38項目)によって月に一度、建屋内の点検とともに、玩具の破損等の点検をし、毎日、玩具や本、カーペット等の消毒を行うなどを決めて実施している。プレイエリア、トイレなどは清掃が行き届き、明るく気持ちの良い空間になっている。しかし、訪問調査時点では高所柵に籠に入った備品等がそのまま置いてあり、落下が懸念された。(今回の第三者評価の過程で、備品の落下防止策として高所柵に扉が敷設された。) ・療育は、基本的には1対1で行われており、障害の状態に合わせてクラス分けをしている。他の子どもに影響を及ぼすような行動が認められる場合、ホール・園庭・テラス・面接室など、子どもの状態によって過ごす場所に配慮し、職員と1対1で当該児のカームダウン対応をするとともに、他の子どもたちにも落ち着いた環境を提供するよう配慮している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安全チェック表と点検時の視点、および快適性の見直し、また活動環境について子どもや保護者の意向を把握する取組とそれに基づく改善の工夫を期待する。 ・「クラスひかり」で提供している入浴支援は、同一敷地内にある法人事業所の大人用の浴槽を使っている。子どもに合った安心・快適な空間としての工夫を期待したい。 	

IV-2-(4) 機能訓練・生活訓練

IV-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	a
	b) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)71.4% b)28.6% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練・生活訓練は、併設児童発達支援センター(倉敷学園)OTやSTからの意見・助言を交えて、支援職員が行う療育の中で、子どもが自然に自分から進んで取り組めるよう遊び感覚も交えながら行っている。したがって、当事業所における機能訓練は生活訓練に含まれている部分が多い。例えば、該当する子どもが部屋から部屋へ移動する時には、ぴょんぴょんと片足飛びである。また、ごっこ遊び感覚で自分の箸を使って人形に食べさせ指の動きの感覚を習得していく子ども、指が固定する箸で上手に食事をする子どもなど。 また、STは、主に「クラスひかり」の子どもの嚙下機能評価や、食事介助法指導などを担当しているが、その他の子どもたちのアセスメントや個別支援計画立案に伴う検討の場にも参画している。さらに、当事業所では子どもが併用する保育園・幼稚園・発達支援事業所・学校等と情報交換・情報共有のうえの連携支援も行う方針で臨んでいる。 ・通所支援計画化された機能訓練・生活訓練は、事業所が定めた基準に従ってモニタリング・検討・計画の見直しを行っている。 	

IV-2-(5) 健康管理・医療的な支援

IV-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	b
	b) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)78.6% b)14.4% c)0% 無回答)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・登園日の健康状態は、保護者からの登園時引継ぎによって把握し、療育中は、入浴、排せつ、食事、お片付け、個別・集団の療育など、場面ごと、時間ごとに支援職員は子どもの様子の把握をしているという。普段と違った様子が見られる場合は、クラスキャップ・看護師から対処の指示を受ける。急な体調の変化などは、家族への連絡と共に、協力医療機関と連携して適切な対応ができる手はずになっている。 ・当事業所の医療相談は、「クラスひかり」では看護師が対応し、その他のクラスは、様子に変化がみられる場合に支援職員が応じている。また、支援職員は、本年、法人研修として子どもに発症しやすいはしか、風疹、感染症について受講し、早期対応や予防の体制を整えているほか、終礼や会議、モニタリングの場で事例を通した話し合いを行って支援に活かしている。また、子どもの健康維持・増進を目的として、屋内にある大型遊具を使った運動や屋外での運動、散歩などを取り入れている。</p> <p>■ 改善課題 ・この評価基準では、すべての通所児(保護者)に対して、地域の保健医療機関によるものを含めて、医師や看護師等による障害をもった子どもの健康相談や健康面での説明会などの定期的実施が求められている。現状に照らし合わせると、少なくとも子どもたちが、地域生活においてどのような状況のもとに健康管理支援を受けているかを把握し、例えば併用園がない子どもなど、個々の障害状況にも配慮した健康維持について保護者と話し合い、事業所としての取組を検討する必要がある。また、障害をもつ子どもの「健康管理」について、職員が定期的に学ぶ機会もつなど、日々の健康管理と体調変化時の的確で速やかな対応が可能となる体制づくりが求められる。</p>	

IV-2-(5)-② 医療的な支援が必要な手順と安全管理体制のもとに提供されている。		評価
判断基準	a) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	b
	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)64.3% b)28.6% c)0% 無回答)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・重症心身障害をもつ子どもの「クラスひかり」(1日5名)では、医療面で不測の事態の予防と対応や、保護者からの医療的相談への対応を目的として2名の看護師(常勤とパート)を配置している。看護師は、医療的ケア(吸引、導尿、経管処置など)や服薬管理を子どものかかりつけ医からの指示書や服薬支援依頼書を確認のうえ、専任し、また、クラス担当支援職員への医療的注意や個別的指導、助言も行っている。 ・安全管理面で、慢性疾患やアレルギー疾患がある子どもの受け入れに際しては、医師の指示書を基に入念な清掃、給食やおやつへの留意(禁忌食材を除去する、テーブルを別にする)など注意を払っている。また、個々の緊急時対応については、それぞれ保護者と相談して対応を決め、事案が発生した段階での看護師の判断、クラスキャップへの指示伝達、クラス全体での共有と保護者への伝達が決められ機能している。 ・終礼では、日々、医療情報を含め個々の状況について話し合い共有している。</p> <p>■ 改善課題 ・当事業所における医療的支援の方針、医療的支援可能な範囲や限界、及び、管理者の責任については、模索中であり明確化はこれからの取組みとなっている。利用児の受け入れはすでに始まっており、この点についての明確化(文書化)と受け入れ時の事前説明は、欠かせない。 ・服用薬・慢性疾患やアレルギー疾患・医療的ケア、及び、個々の安全管理についての学習は、リスク管理として、また、質の高いケアとして重要と考えられる。医療的支援に関連する事項についての定期的な研修・個別指導等、徹底した学習体制の構築が求められる。</p>	

IV-2-(6) 社会参加・学習支援

IV-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の希望を意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
	b) 利用者の希望を意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望を意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)42.9% b)35.7% c)14.3% 非該当)7.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・利用児が社会参加をするには、その障害特性から「困ったときにどうしたらよいのか」「大人にどうすれば気持ちを伝えられるか」が糸口となると事業所は考えており、通園するすべての子どもにはほぼ共通する課題として、それぞれに合ったコミュニケーション支援を行っている。 ・子どもや保護者の社会参加の機会として併設事業所が実施する親子キャンプへの参加を呼びかけている。また、障害をもつ子どもの保護者同士の交流を支援するために、倉敷市の関係機関が実施する茶話会やカフェ、法人が行うサークル等の活動について情報提供をしている。 ・子どもへの学習支援としては、保護者が希望する「読み書き」などを通所支援計画に組み込んでいる。</p> <p>■ 改善課題 ・サービスを利用する子どもの障害特性から、コミュニケーションを核とした、生活スキルの習得を中心に療育を展開してきた事業所であり、サービス提供上、子どもや保護者の社会参加という視点の弱さは否めない。今後、社会参加支援を進める意味や目的を事業所として明確化するとともに、社会参加について幅広いアセスメント(どのような社会参加を望むのか、できるのか等)をすることにより、内容の充実が期待できる。</p>	

IV-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

IV-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	b
	b) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)50% b)21.4% c)14.3% 無回答)14.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・地域生活移行や地域生活に関する不安や要望の多くは、定例や随時の保護者との個別面談で把握し、その要望や疑問に応じる形で支援をしている。主な支援は、特別支援学校や小学校への就学や転居によるサービス事業所移動に伴う保護者への学校や事業所情報の提供、及び、当事業所で実施してきたサービスについて対象関係機関への情報提供等である。また、主に保護者からの要請によって対象となる学校等を訪問し、当該児の支援の「ねらい」や「活動」の共有と、具体的ななかかわり方の助言や指導も行って、障害に対する関係者の理解促進を図り、集団生活への適応も支援している。併用園や学校に当事業所での療育場面を見学してもらって、安定した集団生活が送れるよう支援するといった取組みもしている。 ・事業所内でも、子どもが無理なく就学できるように、降園の準備を自分ですることや、起床時間の変更等を保護者に助言するなど、家庭での取組も支援するなど、保護者の要望や不安に応えている。 ・こうした支援は、必要に応じ、相談支援センターとも情報を共有しながら連携して行われているが、すべてのプロセスは、保護者の同意に基づいて行われる。支援に際しては、常に、当該児の気持ちや考えを念頭に、保護者や関係者と話し合っていると管理者は述べている。</p> <p>■ 改善課題 ・当事業所の支援目標、「その子ども(家族)らしく健康に生活ができること」の達成には、充実した地域生活継続支援が、これからの課題である。当事業所がいま行っている発達支援もこの支援目標の一環であるが、「地域生活」は、さらに、多様な側面を包含している。一人ひとりの子どもにとって、「子どもらしい健康な生活」とは何かを、職員と子ども・保護者が共通理解できるよう具体化する検討、検討の結果から想定されるアセスメントシートの改良と、アセスメントおよび支援内容や方法の改善など、様々な取組みが生じることが考えられる。今後の取組みに期待したい。</p>	

IV-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

IV-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a
	b) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)85.7% b)14.3% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護者には、個別面談(年2回)の他、日々の送迎時や連絡帳によって、通所中の様子や計画の進捗を伝えている。連絡帳は、通所日ごとの通所支援計画の進捗の伝達や保護者との情報交換ができるよう工夫されている。一方、保護者からの相談は、予定された個別面談以外にも随時受けており、必要に応じて個室での面談も可とするなど、十分に話ができる環境も整え、傾聴や助言などで応じている。 ・子どもの体調不良や急変時には、即応できるような事業所として取り決め、職員に周知させている。「クラスひかり」では、障害状況によっては家族と個別に対応方法を決めて取り組んでいる。 ・また、家族向けに、「きらり通信」(毎月)の発行、家庭訪問(年1回)、親子療育(年6回)、勉強会(年3回)、ペアレントトレーニング(併設事業所と合同で年2回)、座談会(年2回)、祖父母親子参観日等を実施するなど、子育て力の涵養と共に、より一層、事業所の療育に対する考え方や取組みへの理解を深め、家族と連携したサービス提供ができるよう環境づくりをしている。 ・放課後等デイサービスの利用時間は、14時から18時、土曜日の利用は9時半から15時半と決めているが、子どもの状況や学校・家庭の都合に合わせて、子どもの代弁者としての保護者の意向を尊重して柔軟に対応している。 	

IV-3 発達支援

IV-3-(1) 発達支援

IV-3-(1)-① 子ども子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。		評価
判断基準	a) 子ども子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a
	b) 子ども子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 子ども子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)92.9% b)7.1% c)0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自閉症スペクトラム等の発達障害をもつ子どもを多数受け入れている事業所である。 ・発達支援は、個々の通所支援計画に基づいて行われている。保護者からの聞き取りや、職員による行動観察のほか、食事等の日常生活動作やコミュニケーション、活動、個性に関する10カテゴリーの詳細な保護者からの聞き取り情報と、乳幼児発達スケール・太田ステージによって発達評価を行い、複数職員で検討の上、保護者からの要望を中心にした支援を行っている。また、新規採用の認定心理士には、専門職として子どもの感情面の代弁を期待していると、管理者は述べている。 ・発達支援は、個々の発達に応じて、個別支援・集団支援を軸に、遊び、運動、学習、お絵かき、読書など、多様なプログラムを組み合わせ、個別支援はマンツーマン対応である。支援職員は、個々の支援目標と好みに合わせ、事前に検討されたツールや遊具を、日々準備して、受け入れをしている。 ・支援の内容は、原則として半年ごとの見直しとしているが、子どもの状況によって随時の変更もしている。支援は、保護者からの要望に応じる形で、子どもが併用する保育園や幼稚園、学校、福祉事業所、相談支援センター等と情報共有し、必要に応じて連携支援を展開している。併用園や学校とは、相互訪問によって子どもの動きや支援状況を共有しつつ、支援目標や手立ての共有、当該機関への助言等もしている。 	