

(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

①第三者評価機関名

公益社団法人岡山県社会福祉士会

②施設・事業所情報

| | | |
|----------------------------|---|------------------------------------|
| 名称：児童発達支援センター さんぱるて | 種別：児童発達支援センター | |
| 代表者氏名：管理者 蒲生啓介 | 定員（利用人数）：24名（児童発達支援） | |
| 所在地：岡山県倉敷市鶴の浦二丁目55-338 | | |
| TEL：086-436-6922 | ホームページ： https://meyasubako.jp/ | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日 平成31年4月1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人めやす箱 | | |
| 職員数 | 常勤職員：13名 | 非常勤職員：9名 |
| 専門職員 | 保育士 9名 | 社会福祉士 2名 |
| | 看護師 6名 | 管理栄養士 1名 |
| 施設・設備 の概要 | (居室数) | (設備等) |
| | 11部屋 | 事務室、相談室、医務室、静養室、厨房、遊戯室、スヌーズルーム、指導室 |

③理念・基本方針

家庭・病院（医療、リハビリ）・事業所の3者で連携し、子ども達が「その子らしく」そして、安心・安全に通えるように、3（さん）者が連携し太陽（Sun）のように輝いて、みんなが「自分らしい」未来の扉（ぼるて ※フランス語で扉=porte）を開ける事業所をめざします。

④施設・事業所の特徴的な取組

- *歯科・食育、機能訓練、音楽活動について、それぞれ外部より専門の先生をお招きし、活動を行っていただしたり、支援に関する助言をしていただいている。支援を事業所内で完結させるのではなく、事業所外の方からのご意見も頂くことにより、幅広い視点で、発達支援、家族支援、移行支援などを行えるようにしています。
- *支援の質の向上を目的に、2ヶ月に1回の頻度で大学の先生をお招きし、職員向け勉強会を開催している。座学のみならず、実現場での指導助言、ケース検討をしていただくことにより、職員の学びを深めることができます。
- *児童発達支援の他に放課後等デイサービス（長期休暇と土曜）、障害児相談支援、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援を実施しています。地域における中核的な施設として、これらの事業を通して地域の関係機関などと連携した支援の取り組みを進めていきたいと考えています。また、医療的ケア児を受け入れる数少ない施設として、行政や医療などと連携しながら医療的ケア児やその家族を支える体制整備に向けたワーキンググループに参加しています。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---|
| 評価実施期間 | 2025年6月1日（契約日）～ 2025年11月17日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 0回（年度） |

⑥総評

◇特に評価が高い点

I 福祉サービスの基本方針と組織

受審施設を運営する法人は、事業所（受審施設） ⇄ 部門（児童） ⇄ 法人の3層に6つの協議体を置き、内容に応じて段階的に協議、指示するしくみを整えています。これによって現場に集中しがちな負担や本部（経営層）への権限集中を防ぐことができます。経営課題や予算管理、サービスの質の向上など、さまざまな場面でこのしくみが働いています。

II 組織の運営管理

受審施設をはじめ法人内事業所の特長のひとつは、職員が働きやすさを実感していることです。職員同士のコミュニケーションやきめ細やかな配慮が行きわたり、お互いに信頼関係を築いているため、休暇や休業、急な退勤時も「困った時はお互いさま」の精神で補いあい支えあう組織風土が育まれています。

法人としての活動ですが「めやす箱フェスタ」を開催し、地域との交流を図っていることや、「はあとほっぷ」活動にて医療的ケア児・低体重児（0から2歳）の療育の場として事業所を開放し、職員も支援を行うなど地域のニーズに対応するものとして特筆に値します。

III 適切な福祉サービスの実施

法人として年に一度、大規模な「サービス満足度調査」を行い、利用児・保護者の意見や要望を収集しています。匿名で回答ができるアンケートであり、法人の事務所で集計されています。そのため、事業所には誰が回答したか分からぬ形となっており、率直な意見を収集できます。寄せられた意見や要望には迅速に対応しており、その旨を書面で回答するなど、きめの細かい対応が伺えました。今後とも利用児・保護者に寄り添った支援を期待します。

A 福祉サービス内容評価基準

受審施設は、隣接する病院の敷地内に立地しており、病院医師と即座に連絡が行なえる体制が整えられています。医療的な支援がすぐに得られる環境にあり、医療的ケア児や家族にとって、緊急を要する際にも安心できる環境であることは、特筆すべき点です。また、安全衛生委員会を中心となり、熱中症対応マニュアルや非常災害時マニュアルなど、時代の流れに応じて整備がなされ、さらには、「かがやき手帳を書く会」など、受審施設内に留まらず、社会資源も活用しながら、家族への支援や交流も積極的に行なわれています。

△改善が求められる点

I 福祉サービスの基本方針と組織

法人理念の理解がより一層広がることを期待いたします。

また、中長期計画の策定が必要です。現在は単年度事業計画のみですが、これでは航海図を持たないまま舟をこぎ出している状態です。特に受審施設が行うサービスはかじ取りをまちがえれば利用者やその家族の生活（人生）に大きな影響を与える可能性があります。現在、策定に向けた検討をはじめたと聞いていますが、その成果が急がれるところです。

II 組織の運営管理

職員が管理職員の業務内容を十分に把握していない様子です。同じように経営課題についても管理職員のみが対応し、職員に課題が共有されていないように見受けられました。課題を皆で分かち合い、皆で対応策を考え運営する組織づくりを検討されてはいかがでしょうか。例えば、管理職員の業務をマニュアル化（標準化）し、見える化を図った例や、事業所内にワーキンググループ（作業班）をつくり、職員参画で経営課題を解決した事例もあります。

法人（事業所）が備える人材育成（受講）管理簿や各職員が持つ研修手帳（キャリアデザイン・ノート）等が整備されていないようです。職員を何よりも大切にする受審施設（法人）ゆえに、これらの整備を特にお勧めいたします。

倉敷地域自立支援協議会（センター部会、児童発達支援部会など）に参加しています。さまざまな意見交換、情報収集、地域貢献などを行っていますが、事業所内部での情報共有に欠ける部分が見受けられました。今後も継続して活動を行うとともに、事業所内職員の連携も含め、活動報告、情報共有、さらには現場レベルでの意識を協議会に持ち込むなど、地域貢献などを意識した活動が期待されます。

III 適切な福祉サービスの実施

電子システムにより、ケース記録の入力、家庭との連絡のやりとりを実施されています。運用開始から数ヶ月ですが質の高い使用ルールが作成されています。ただし、電子機器が苦手な職員や保護者もいます。特に保護者は連絡帳のときと比べて、日々の些細な情報などを発信する回数が少なくなっているようにも見受けられます（導入後、間がないことも原因と思われる）。電子連絡帳に加えて、紙の連絡帳を使用して体調や相談事などのやり取りを行っているケースもありますが、電子システムの使用方法を適宜説明するなどの対応を行うことで、今以上にきめ細やかな、使い勝手のよい、ひとつ上の連絡システムになることを期待します。

A 福祉サービス内容評価基準

受審施設では、医療的支援の実施についての考え方（方針）と管理者の責任が示された文書が整備されておらず、今後のさらなる安全管理体制の構築のためにも、文書などを整備されることが期待されます。また、施設内は明るい雰囲気で、職員にとっても働きやすい環境であることは、各職員へのヒアリングで理解できましたが、法人理念の周知という点においては、今後のさらなる取り組みが期待されます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度は、当センターについて評価・ご意見をいただき、誠にありがとうございました。事業所運営の在り方について、客観的な視点からご意見を伺うことができ、当事業所・当法人の強みや課題について発見が多くあり、学びになりました。ご指摘いただいた点に関しましては、結果を真摯に受け止め、改善に努める所存です。特に「中・長期計画の策定」や「業務の標準化・見える化」等について、管理者を中心に事業所や法人全体で取り組んでまいります。今回の受審をきっかけに、ご利用児や保護者の皆様、そして働く職員にとってより良いセンターとなれるように精進してまいります。

⑧第三者評価結果（別紙）

第三者評価結果【障害者・児福祉サービス版】

その1：共通評価項目

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | |
| I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | | a・⑥・c |
| <p><コメント></p> <p>受審施設を運営する法人は、理念に「利用者主体のニーズの追求」「ナンバーワンの福祉サービスを目指す」「職員が働きやすい環境作り」を掲げ、ホームページやパンフレットなどに掲載しています。受審施設を見渡すと玄関内やトイレなどにも掲示しています。ただ、子どもや保護者が登降園時に使う通用口や各クラスのテラス（出入口）付近には見当たりませんので掲示をお勧めいたします。なお、法人理念は毎年度はじめの職員会議で説明するなどしているようですが、なお一層の理解促進を期待しております。</p> | | |

I-2 経営状況の把握

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| I-2-(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。 | | ⑥・b・c |
| <p><コメント></p> <p>管理者、児童発達支援管理責任者（以下、両者を「管理職員」、児童発達支援管理責任者を「児発管」と言う）は「倉敷市障がい者基本計画（令和6～11年度）*1」「倉敷市障がい福祉計画（令和6～8年度）*1」などから障害児療育の動向や必要量を把握しています。また、倉敷地域自立支援協議議会*2、岡山県知的障害者福祉協会*3が行う会議や研修会へ参加して情報収集しています。こうして得た情報は児童部門のリーダー会議（I-2-(1)-②）に挙げて検討、協議します。</p> | | |

*1 <https://www.city.kurashiki.okayama.jp/fukushi/shogai/1004429.html>

*2 倉敷地域（倉敷市・早島町）の支援者などが課題や方向性を協議する団体。

*3 岡山県内の知的障害関係施設・事業所からなる団体。

| | |
|--|-------|
| 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。 | a・⑬・c |
| <コメント> | |
| 法人は、受審施設（クラス会議・クラスのリーダー会議・職員会議）↔児童部門（リーダー会議）↔法人本部（統括会議・経営会議）の3層に6つの協議体を置き、内容に応じて段階的に協議し、指示するしくみを整えています。管理者は毎月の稼働率と収支を、また「サービス満足度調査」や「自己評価」「保護者等からの事業所評価」*1（以下、これらを総じて言う場合「サービス満足度調査」など）という）（I-4-(1)-①）の結果を児童部門リーダー会議に報告します。ただ、経営に関する課題を受審施設内の職員と協議する体制は十分に整っていません。例えば、職員を交えたワーキンググループの導入などを提案致します。 | |
| なお、受審施設は倉敷市地域障がい児支援体制中核拠点（児童発達支援センター）*2に登録し、2025（令和7）年4月から事業をはじめています。 | |
| <p>*1 こども家庭庁「児童発達支援ガイドライン」が定める評価。 https://www.cfa.go.jp/policies/shougaijishien/shisaku/guideline_tebiki</p> <p>*2 地域の障害児支援の中心的な役割を担う機関として、倉敷市内の児童発達支援センターが登録。</p> | |

I-3 事業計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| 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。 | | a・b・④ |
| <コメント> | | |
| 受審施設・児童部門・法人のいずれの層も中長期計画がありません。管理者インタビューによると、2024（令和6）年度に法人内の別事業所で行った第三者評価結果を踏まえ、中長期計画づくりに向けた検討をはじめたとのことです。今後の協議に期待しつつ、現状としては「c」評価といたします。 | | |
| 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。 | | a・b・④ |
| <コメント> | | |
| 受審施設の単年度の事業計画には児童部門事業計画を踏まえた目標、具体的な取り組みが書いてあります。また、作成時には実施したい事業を職員から聞き取り、全員参加の姿勢で臨んでいます。しかし、I-3-(1)-①のとおり、法人・部門・事業所の各層とも中長期計画はありません。現状としては「c」評価といたします。 | | |

| | | |
|---|-------|--|
| 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。 | a・b・c | |
| <コメント> 単年度事業計画の実施状況は管理職員が日常的に確認しています。また、「サービス満足度調査」など（I-4-(1)-①）、各種会議を通じて確認しています。そして、課題が見つかった場合はI-2-(1)-②の協議体が対応を協議します。さらに、必要な場合は次年度の事業計画に反映させています。なお、現在はこれらを習慣的に行っている様子です。流れをマニュアル化して一般化、標準化されることをお勧めいたします。 | | |
| | | |
| 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。 | a・b・c | |
| <コメント> 事業計画や事業目標は法人ホームページや法人広報誌「めやす箱だより」、児童部門広報誌「みんなのこうほうし」などに掲載しています（広報誌は目標のみ）。また、受審施設の玄関内にも設置していますが、I-1-(1)-①のとおり保護者にとって確認しやすい位置とはいえません。理念（I-1-(1)-①）とともに通用口やテラス付近に掲示する、また、保護者向けの茶話会で説明することなどを検討ください。 | | |
| | | |

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

| | | 第三者評価結果 |
|---|-------|---------|
| 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。 | ②・b・c | |
| <コメント> (1)現場の観察と(2)調査・評価、(3)職員の支援力向上からサービスの質の向上を図ろうとしています。(1)は管理職員の現場観察や職員、保護者からの聞き取り、意見収集によって、(2)については、法人のサービス向上委員会が行う「サービス満足度調査」などで把握します。さらに(3)は後の人材育成に関する各種取り組みのほか、2025（令和7）年度からは法人内に支援サポート部門を新しく設けました。 | | |
| | | |

| | |
|--|-------|
| I-4-(1)-② 評価結果に基づき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | ⓐ・ⓑ・ⓒ |
| <コメント> | |
| 受審施設が把握した課題は、内容に応じて3層6協議体（I-2-(1)-②）に挙げ改善策を決めています。受審施設は今回の第三者評価受審に向けた自己評価の中で「PDCAサイクルは行えていない」としていますが、各種の取り組みは現場主義のOODAループ*1やSTPDサイクル*2に近いのではないでしょうか。それを前向きにとらえ、受審施設なりのしくみを構築されることを一層期待いたします。 | |
| <p>*1 Observe（観察・意見やデータ収集）→ Orient（状況分析）→ Decide（意思決定・計画）→ Action（行動）．変化の早い環境に適応しやすい意思決定の方法。</p> <p>*2 See（見る）→ Think（考える）→ Plan（計画する）→ Do（行動する）．現場の状況や課題に応じて柔軟に対応可能。</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

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| 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。 | | ⓐ・ⓑ・ⓒ |
| <コメント> | | |
| 管理職員の役割は運営規程に定めています。毎年度の経営方針は事業計画書で明らかにし、その成果を事業報告書にまとめています。管理職員はこれらを年度はじめの職員会議で示し、業務分担表・業務分掌・役割分担表を配布して説明します。一方、非常時対応は管理職員が2人同時に外出しないよう出張・外出予定を調整しています。もっとも、今回の第三者評価受審に向けた自己評価結果からは「管理業務を文書化し職員に周知できていない」とする意見や、職員が管理職員の業務内容を十分に把握していない様子も見受けられます。管理業務をマニュアル化するなどの工夫をお勧めいたします。 | | |
| 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。 | | ⓐ・ⓑ・ⓒ |
| <コメント> | | |
| 管理職員は倉敷地域自立支援協議会や岡山県知的障害者福祉協会、法人のリーダー会議や管理者研修などに参加して関係法令を理解しています。また、倉敷市役所の担当課に問い合わせたり、場合によっては独学で知識を得ています。一方、福祉分野以外の法令理解は進んでいないようです。自己研さんを安易に否定するわけではありませんが、仮に管理職員の独学が繰り返されるようならば組織として改善が求められると考えます。 | | |

| | | |
|--|-------|--|
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。 | ②・b・c | |
| <コメント> 福祉サービスの質の向上は最重要目標のひとつです。I-4-(1)-①のとおり、(1)現場の観察と(2)調査・評価、(3)職員の支援力向上によってサービスの質の向上を図っています。このうち(1)については、管理職員自らが登降園時や茶話会で保護者から直接意見を聞いています。また、現場をよく観察し、職員からも意見を募り、改善を図っています。さらには後に触れる個別面談（II-2-(2)-①）や目標管理（II-2-(3)-①）でも、職員と話し合い二人三脚で質の向上を図っています。 | | |
| | | |
| 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。 | ②・b・c | |
| <コメント> 管理者は、いわゆるトップダウン（上位下達）型の指揮を好み、現場職員の声を聴いて方向性を示し、具体的に何をすべきかは現場職員が考える、いわゆるサーバント（支援型）リーダーシップを心掛けていると話します。特に現場で生じた課題は「小さなひずみのうちに対応」することが大切だとして、日々職員とのコミュニケーションを図る努力をしています。 | | |
| | | |

II-2 福祉人材の確保・育成

| | | |
|--|-------|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| 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。 | ②・b・c | |
| <コメント> 通常の採用活動は法人の採用担当委員会が行います。受審施設では事業計画に人材確保の下地にもなる「働きやすさとやりがいを感じられる職場作り」を掲げそれを実行し、後押ししています。 他方で受審施設（法人）は、ボランティアや実習、インターンシップ体験から採用に導く取り組みを積極的に行ってています。II-2-(2)-①でも触れますが、職員は仕事を通して働きやすさを肌で実感している様子です。その職場の魅力をボランティア活動などで体感し、就職に結び付けようとするものです。 | | |
| | | |

| | |
|---|--------------|
| <p>II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p> | <p>Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ</p> |
| <p><コメント></p> <p>法人「人事考課規程」のもと、法人本部長を責任者とし、階層決定会議を置いて年2回（4月・10月）の人事考課（評価）を行っています。様式を確認しましたが階層ごとの評価基準は細かく明確です。それを使い自己評価→第一次評価→第二次評価の順に最終的には法人の経営会議が決定します。</p> <p>なお、人事考課制度については、人材育成のしくみとともに新任研修で説明し、職員の意識を高めています。</p> | |
| <p>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p> | |
| <p>II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。</p> | <p>Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ</p> |
| <p><コメント></p> <p>受審施設では「（課題の）芽が小さいうちに摘む」ことを心掛け、日常的な職員への声掛けや相談のほか、年2回の個別面談、さらに希望調査を行っています。また、定時退勤実現のため委員会活動も勤務時間内に行います。</p> <p>一方、法人全体の特長のひとつに仕事を通じて職員が働きやすさを実感している点があります。第三者評価受審に向けた自己評価結果や職員インタビューでは「休みを取りやすい」「他の職員の理解がある」「お互いにカバーし合える」などの意見が多く挙がりました*1。育児休暇取得率100%、ママさんスタッフ率74%*2の実績もこうした組織風土によるものだと考えます。</p> | |
| <p>*1 <参考> 2024（令和6）年度に第三者評価を実施した同法人の別事業所でも同様の傾向。法人の職員を大切にする組織風土が全体に行き渡っているようである。</p> <p>*2 社会福祉法人めやす箱ホームページの「採用情報」ページ https://meyasubako.jp/recruit/</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。 | ②・b・c | |
| <p><コメント></p> <p>職員の働き方の傾向は、大きく(1)管理職員をめざすタイプと、(2)現場で支援を追求したいタイプに分かれるといいます。そこで法人は目標管理制度をつくり、職員が記入した「目標管理シート」をもとに、管理職員と話し合い目標を達成するようになながしています。職員からは「一人ひとりにあった目標と一緒に考えてくれる」とする意見が挙がっています。</p> <p>これとは別に新任職員は、OJTチェック表*1を用いて月単位で目標設定し、エルダー*2との面談を通してきめ細やかな目標管理を行っています。</p> | | |
| <p>*1 OJT (On the Job Training) 上司が部下に対して職務を通じて行う直接的な指導法。研修の基本。</p> <p>*2 OJTの一種で、主に新任職員に対して若手の先輩職員が直接指導にあたる研修技法。年齢や立場が近いことから親近感が湧き質問しやすく同調しやすい利点がある。その一方で、若手の先輩職員も指導するために必要な知識、技術を自己研さんしなければならず、相乗効果によって両者の能力が高まるとされる。</p> | | |
| 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。 | ②・b・c | |
| <p><コメント></p> <p>法人では期待する職員像に「人間力が高い職員」「プロ意識が高い職員」を挙げ、目標管理（II-2-(3)-①）や職員研修を行っています。研修は法人研修・部門研修・事業所研修・外部研修を軸に、エルダー（基礎）研修・法人全体研修・BCP研修・ハラスメント研修などをもう一方の軸に置き体系化しています。研修委員会が年間計画を策定し、実施、派遣しています。</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。 | a・⑤・c | |
| <p><コメント></p> <p>法人研修のうち全体研修は正規・准正規職員が受講し、BCP研修やハラスメント研修などはパートを含めた全職員を受講対象としています。また、外部研修の参加も勧めており、職員からは「希望をすれば研修に参加させてもらえる」とする意見が聞かれます。さらに自己研さん援助制度（SDS）*として研修受講料や資格取得費用の一部を補助する制度があります。</p> <p>一方、法人の材育成（受講）管理簿や各職員が持つ研修手帳（キャリアデザイン・ノート）の類はないとのことです。整備をお勧めいたします。</p> | | |
| <p>* Self Development System. 自己研さんを職場が支援する制度でOJT（職務を通じた直接的な指導）、Off-JT（職務を離れた研修）と並ぶ主要研修形態の一つ。</p> | | |

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・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する専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <コメント> | | |
| 法人の「実習要項」をもとに受審施設（児童部門）が「実習生受け入れマニュアル」「実習のしおり」を作成しています。 受審施設では保育実習Ⅲ（施設実習）を中心に2025（令和7）年度は1校2人を受け入れています。その流れは事前訪問時に「実習のしおり」を渡し、オリエンテーションして当日を迎えます。実習期間中は配属する発達障害児クラスと重症心身障害児・医療的ケア児クラスでプログラムを変えています。実習生の札状からは受審施設ならではの実習内容に学修を深めた様子が読み取れました。 | | |

II-3 運営の透明性の確保

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| 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。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <コメント> | | |
| 法人ホームページの「情報公開」ページに定款や役員名簿などとともに、サービス満足度調査、事業計画・報告、支援プログラムなどを掲載しています。このほか法人広報誌「広報めやす箱」、児童部門広報誌「みんなのこうこうし」には事業目標、事業内容、行事予定などを書いています。なお、広報誌は受審施設周辺の福祉施設・事業所や学校・保育所・認定こども園などに配布しています。 | | |
| | 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。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <コメント> | | |
| II-1-(1)-①でも触れたとおり、年度はじめの職員会議で業務分担表・業務分掌・役割分担表を配布し、管理職員から職員に説明しています。また、法人として経理規程などを定めルール化しています。さらに、外部から税理士や公認会計士、社会保険労務士を招き、定期的あるいは必要に応じて隨時に監査・指導を受けています。 | | |

II-4 地域との交流、地域貢献

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 | | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <p><コメント></p> <p>保護者や地域住民に向けて学習会、倉敷市が推進する「かがやき手帳」の書き方説明会を実施するなど意欲的に地域との交流を広めている姿勢が伺えます。また、医療的ケア児・低体重児（0～2歳）の療育の場として受審施設を開放し、それに職員も参加する予定があるなど積極的な地域への交流が伺えました。今後は交流により得られた経験を書面などに集約し、分析するなどし、一層の地域への貢献を果たせるように期待いたします。</p> | | |
| II-4-(1)-② ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 | | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <p><コメント></p> <p>「ボランティア受け入れガイドライン」「ボランティアのしおり」を整備し、担当者を中心に受け入れを行っています。ボランティアの基本姿勢（地域に開かれた事業所、利用者理解、ボランティアの求めているものを確認する）も掲げられています。2025（令和7）年度も訪問調査時点までに数名を受け入れた実績があります。ボランティア参加者には事前・事後アンケートを実施し、安全で充実した活動を行い、今後のボランティア受け入れに役立てていく姿勢も見られました。またボランティア実施者が訪問する際には事前に、利用児・保護者に「月案*」などで知らせています。</p> | | |
| <p>*毎月の療育計画を掲載した書面。</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。 | | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <p><コメント></p> <p>管理職員は、倉敷地域自立支援協議会（センター部会、児童発達支援部会）に参加し、「入口支援*」についての討論などを実施しています。関係機関との連絡先は職員室に掲示しています。また隣接する病院とは密に連携を行っており、リハビリテーションなどの方法を見学する、緊急時には医師が駆けつけるなど受審施設の特徴と立地を生かした対応を行っています。</p> | | |
| <p>*障害への対応を保護者や関係者が考えはじめ、医療・福祉と継続的な繋がりができるまでの支援。</p> | | |

| | | |
|---|--|---------|
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| | II-4-(3)-① 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。 | (a)・b・c |
| <コメント> 管理職員は、倉敷地域自立支援協議会に参加して地域の福祉ニーズを把握しています。また「はあとぽっぷ」活動（II-4-(3)-②）を通じて地域の障害児やその家族が抱える地域生活課題を具体的に把握しています。今後はさらなる期待を込めて、受審施設が主体となり、法人が行う「めやす箱フェスタ」などで、地域住民に医療的ケア児や低体重児に関するアンケートを実施されてはいかがでしょうか。 | | |
| | II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | (a)・b・c |
| <コメント> 受審施設では、2025（令和7）年度から、地域に住む障害児やその家族が参加する「はあとぽっぷ」活動で0～2歳の医療的ケア児、低体重児に対する療育を実施する予定で準備を進めています。II-4-(3)-①のとおり障害児や家族が抱える地域生活課題を把握し、事業所を開放する姿勢は特筆に値し、事業の成果が待たれます。このほか、法人主体ではありますが「フードバンク」を実施しています。また「めやす箱フェスタ」では地域住民に向けて法人（受審施設）を紹介し、障害理解の普及に努めています。さらに法人全体で保護者や地域住民向けの研修会を実施し、障害児に対する偏見や差別の解消に貢献するとともに、障害児がいきいきと過ごせるための環境構築を行っています。 | | |

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

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| 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もつための取組を行っている。 | (a)・b・c |
| <コメント> 法人の基本理念に「利用者主体のニーズの追求」を掲げています。また本年度から、法人全体で支援力の向上・統一化を図るために「リーチ*」を立ち上げています。「虐待防止と対応の手引き」を作成し、入り口に設置するなど利用児の権利擁護の取り組みが実施されています。 | | |
| * 法人全体での支援技術の向上、支援方法を統一するために、事業所ごとに代表者が集まり、検討を行う場(2025（令和7）年度から開催予定)。 | | |

| | | |
|---|---|-------|
| | 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。 | a・⑥・c |
| <コメント> | | |
| 児童部門の権利擁護指針として「ご利用児の個人情報の管理を徹底します」を掲げています。また、ホームページや広報誌などへの写真の掲載については利用児の保護者から同意書を得て、対応しています。支援現場においても排泄や更衣時にはパーテーションで目隠しをする、個人の話をする場合には周りに人がいない場所で行うなど、プライバシー保護の姿勢が伺えました。ただし、入口の外から登園簿に記載されている氏名が見えてしまうため、対応が必要と思われます。 | | |
| | 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。 | a・⑥・c |
| <コメント> | | |
| 三つ折りのリーフレット（年度ごとに更新）には受審施設の「1日の流れ」「事業所の特色」などを写真やイラストを使い、分かりやすく説明しています。見学者に対してはスライド資料を作成しており、映写・配布しています。法人のホームページやSNSにもアクセスしやすく、関係機関には児童部門の広報誌「みんなのこうほうし」を送付して、活動内容を周知しています。 | | |
| なお、ホームページやパンフレット、「利用のしおり」には受審施設の特色・特徴が書いてあります。しかし、資料によって文言が異なり分かりにくい状態です。再整理をお願いいたします。 | | |
| | 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。 | a・⑥・c |
| <コメント> | | |
| サービスの利用開始時には保護者と面談のうえ、契約書、重要事項説明書などを示し、内容を口頭で説明しています。契約書にはルビが振られ、理解をしやすいものとなっています。サービスの変更時にも同様に、説明の上、同意を得ています。 | | |
| | 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。 | ⑥・b・c |
| <コメント> | | |
| 「移行支援・情報提供書」を作成し、利用児が他の施設等に移行する場合に対応しています。利用児の特徴、注意するべき点、医療情報、対応方法など詳細に情報が整理され、ときには写真を掲載し、分かりやすく情報を提供しています。 | | |

III-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

III-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。

a・b・c

<コメント>

毎年1回「サービス満足度調査」を実施しています。全保護者を対象に「職員の対応」「環境・体制整備」「適切な支援の提供」「保護者への説明等」「非常時の対応」「満足度」について調査しています。匿名で回答し、法人の事務局に郵送するため、受審施設には回答者が分からぬしくみになっています。そのため、率直な回答が得られると考えられます。また「保護者等からの事業所評価」(I-4-(1)-①)を行い、利用者満足の向上に努めています。

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。

a・b・c

<コメント>

法人全体で苦情解決規程、マニュアルを策定しています。玄関には苦情受付マニュアル、苦情受付箱を設置しています。ただし、それ以外の場所に分かりやすいポスターや掲示物は見られませんでした。利用児や保護者に分かりやすくめだつ場所への掲示が求められます。また、第三者委員が倉敷市内で障害児者福祉サービスを提供する法人関係者のようです。同一市内に事業所を構え、協力または競合関係になる可能性のある人物が第三者委員を務めることの是非については疑義の残るところです。法人全体のことではありますが、検討をお勧めいたします。

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。

a・b・c

<コメント>

III-1-(3)-①のとおり、毎年1回「サービス満足度調査」などを行っています。「サービス満足度調査」では、匿名での回答で、意見を述べることができますようになっています。また、広報誌の裏面は「意見の記入欄」となっており、切り取って事業所に提出できる形になっています。毎日の送り迎えの際や、年に数回実施される茶話会の際にも利用児や保護者の意見を積極的に聞き、意見や要望を受け入れる姿が伺えました。

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。

a・b・c

<コメント>

III-1-(3)-①のとおり、毎年1回「サービス満足度調査」などが行われています。意見を受け付けた際には、早急な対応を行い、調査結果とともに対応方法を書面にて回答しています。また要望に対応できない際には、その旨を書面にて回答しています。ただし、口頭で意見や要望を受け付けた際には、その内容や対応方法を集約する方法が形式化されておらず、今後の検討課題とされてはいかがでしょうか。

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。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
|---|-------|

<コメント>

法人内に安全衛生委員会、車両安全運行委員会が設置されています。また事故防止マニュアル（午睡、食事、プール・水遊び、事業所外、送迎）も作成されています。さらに安全衛生委員を中心に5S活動*にも取り組まれており、受審施設の衛生向上にも努めています。

* 「整理」「整頓」「清掃」「清潔」「しつけ」の5つの要素を実践する活動。

| | |
|--|-------|
| 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。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
|--|-------|

<コメント>

感染症に関する業務継続計画を作成しており、推進体制の構成メンバーも設定されています。定期的な学習会では「食中毒」や「嘔吐物処理」をテーマに学習しています。救急箱の中身はチェック表にて確認され、各グループには嘔吐物処理グッズを常備し、いざというときのために備えています。

| | |
|--|-------|
| 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。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
|--|-------|

<コメント>

災害に関する業務継続計画を策定し、改訂も行われています。避難訓練は毎月実施され、素早く安全に避難する方法が検討されています。法人内ではHUG（避難所運営ゲーム）を実施し、災害時の対応力の向上に努めています。事業所の廊下には避難経路が掲示され、火災報知器にも分かりやすい手順書が設置されています。2025（令和7）年7月にカムチャツカ半島（ロシア）付近で発生した地震による津波の避難指示が発表された際には、当初から計画していた場所に避難することが難しく、隣接する病院に避難しています。その経験から現在避難場所の変更を検討しているとのことで、早急な対応を期待いたします。

III-2 福祉サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 | | |
|--|-------|---------|--|--|
| 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。 | | a・⑤・c | | |
| <p><コメント></p> <p>毎月グループごとに会議を開催し、各利用児の個別ケアについて議論が行われています。また、氷山モデル*を使った障害特性理解などを実施し、利用児の特徴に合わせた支援を検討しています。ただし、標準化されたサービス内容、方法についてはマニュアル化はされていないようです。一方で職員に向けた「接遇マニュアル」は作成されており、接遇応対についての標準化は図られています。</p> <p>* 課題となる行動を氷山にたとえ、表に現れている行動は氷山の一角に過ぎず、海面下の見えない部分に重要な要素があるとする思考方法。</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。 | a・⑤・c | | | |
| <p><コメント></p> <p>III-2-(1)-①のとおり、毎月のグループ会議にて一人ひとりの利用児に対して個別ケアが検討されています。課題を抽出し、支援の改善点などを洗いだし、利用児に最適な支援を提供している姿が窺えます。ただし、III-2-(1)-①のように標準化されたマニュアルがないため、見直しをするしくみを標準化することが今後の課題となります。一方、TEACCHプログラム*1やPECS*2といった支援方法を用い、質の高い支援を実施していることは特筆に値します。同様に標準化されたマニュアルを作成し、職員間で支援方法を統一するなど、方法を検討・確立されることを期待します。</p> <p>*1 自閉スペクトラム症のある人々とその家族、支援者を生涯にわたって支援するための包括的なプログラム。代表的なものに「構造化」がある。</p> <p>*2 絵カードを用いたコミュニケーション方法。</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支援計画を適切に策定している。 | ④・b・c | | | |
| <p><コメント></p> <p>III-2-(1)-①のとおり、毎月グループ会議が開催されているほか、個別支援計画の作成前にも会議が開催されています。その際には事前に「ご意見・ご要望書」の記入を依頼し、利用児、保護者の意見や要望を取り入れた支援目標を設定しています。なお、個別支援計画の内容も本人支援の5領域（「健康・生活」「運動・感覚」「認知・行動」「言語・コミュニケーション」「人間関係・社会性」）の視点等を踏まえた様式になっています。</p> | | | | |

| | |
|--|--------------|
| <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。</p> | <p>Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ</p> |
| <p><コメント></p> <p>個別支援計画を見直す際には、保護者に変更内容を説明し、同意書を得て保管しています。6ヶ月に一度以上の見直しも滞りなく行われています。また支援目標についてはケース記録を入力する電子システムの管理画面上に常に表示され、関係職員に周知できるようになっています。毎日の業務で計画目標を確認できることから、PDCAサイクルを回しながら日々の支援ができるように工夫されています。</p> | |
| <p>III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p> | <p>Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ</p> |
| <p><コメント></p> <p>電子システムでケース記録が記入・管理されています。関係職員が同じ内容にアクセスできるため、情報共有を円滑に図ることができ、電子システムに搭載されている連絡帳機能を用いています。朝礼時には重要事項の連絡を共有するなどの対応も行われています。ただし、電子機器が苦手な職員がいると考えられることから、定期的に電子システムの使用方法を学習する場を設けるなどの対応を行い、今以上に使いやすいシステムへ進化させることを期待いたします。</p> | |
| <p>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。</p> | <p>Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ</p> |
| <p><コメント></p> <p>記録管理の責任者が設定され、運用ルールについても『連絡帳アプリの使用ルール』が定められています。また電子システムに記載されるケース記録内容についてはクラスリーダーが確認を行い、適切な管理が行われています。導入されて間もないシステムですが運用管理の使用ルールも確立されています。ただし、現地調査結果から紙の連絡帳だったときと比べて、日々の細かい情報などを家庭から発信する回数が少なくなっていると見受けられます（導入後、間がないことも原因と思われる）。紙の連絡帳を使う場合もあるとのことですですが、電子システムの使用方法を適宜説明するなどし、なおもきめ細やかな、使い勝手のよい連絡システムにするため、ひとつ上をめざした対応を期待いたします。</p> | |

第三者評価結果【障害者・児福祉サービス版】

その2：内容評価項目

A-1 利用者の尊重と権利擁護

| | | 第三者評価結果 |
|--|---------------------------------------|---------|
| A-1-1-(1) 自己決定の尊重 | | |
| | 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。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <p><コメント></p> <p>自らの意思を伝達可能な利用児も、あるいは発語が困難な利用児も、目線や表情、身体のほんの一部の微小な動きや変化を職員が見逃さず、一人ひとりの希望や意向を大切に扱っていることが、各職員へのヒヤリングやクラスでの実際の支援の様子から窺い知ることができました。また、発語が困難な利用児には、意思や希望を表現しやすいよう、親しみやすい絵やシンボルが描かれたカードなど、非言語による手段を使い意思疎通を図るなど、利用児の自己決定を実現するための工夫がなされています。</p> | | |
| A-1-(2) 権利侵害の防止等 | | |
| | 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。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <p><コメント></p> <p>権利擁護や身体拘束適性化のための指針がそれぞれ整備され、掲示をされています。また、毎月の職員会議で権利侵害に関して具体的に協議、検討する機会があり、虐待防止委員会を中心とし、職員への権利擁護指針の周知を図り、虐待防止の研修会などを年2回程度定期的に実施しています。そして、身体拘束を行う際の手順を定め、やむを得ず一時的に行う際のその態様と時間などの記録は、規程やマニュアルに則り、個別支援計画書などに適切に記録、記載されています。マニュアルの整備や計画的な研修の実施がされている一方、職員への理解・浸透については、法人理念の周知も含めて、今後のさらなる取り組みに期待します。</p> | | |

A-2 生活支援

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| A-2-(1) 支援の基本 | | |
| | A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <コメント> 受審施設での1日のスケジュールは、可能な限り自力での管理が行えるよう、写真や絵、文字、利用者の好むキャラクターや目立つ色のカラーボールなど、多種多様なものを活用しながら、一人ひとりに応じた工夫がなされています。また、利用児たちの日頃の生活習慣やライフスタイルなどを職員間で把握、理解、共有し、受審施設の理念にあるとおり、一人ひとりがその子らしく生活できるよう、支援がなされています。そして、身の回りの整理整頓や片付けなどは、遊びや活動の中に取り入れ、楽しみながら身につくように工夫し、就学後にも向け、自己管理ができるよう、準備や支援がなされています。 | | |
| | A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <コメント> 自ら意思表示や伝達が困難な利用児については、それぞれに固有のコミュニケーション手段やサインを職員が把握し、安心して自己表現や感情表出ができるように工夫しています。写真や絵、キャラクターやシンボルが貼られたカードを用いたり、赤色の太枠で絵や写真をめだつようにし、視覚で絵を捉えやすくするなど、言語でなく視覚を活用し、一人ひとりに応じた配慮がなされています。また、手と手でタッチをして、職員と利用児が直接触れ合い、喜びなどの感情を共有するためのスキンシップも意図的に行われています。 | | |
| | A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <コメント> 利用児や家族からの相談内容は、各クラスのリーダー間でも共有や協議がなされ、支援方法の検討、見直しに反映されています。また、相談の内容は記録に残し、利用児やその家族についての理解を深めるために、関係職員で共有し、必要に応じて相談支援事業所などの関係機関との連携が図られています。さらに、利用児が自らの意思を伝えられ、安心感のある中で、職員との信頼関係も築けるよう、パテーションで周囲の雑音や視線を遮断し、手をつなぐなどのスキンシップも行われています。 | | |

| | | |
|--|--|-------|
| | A-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。 | ⓐ・ⓑ・ⓒ |
|--|--|-------|

<コメント>

施設内や戸外で活動的に体を動かす時間や音楽、楽器などに触れてリラックスする時間などを利用児の意向や選択を考慮しながら、活動や支援の内容に反映させており、地域のアートイベントなどの余暇やレクリエーションのための情報提供も適宜行われています。また、利用児の希望やニーズは、家族や関係機関などとの連携により、細かい点まで把握され、それらを基にして、個別支援計画の立案、あるいは利用児の興味・関心ごとなども踏まえた、日中の活動の組立が行われています。そして、3ヶ月ごとにモニタリングを実施しながら、半年ごとや必要に応じて計画書の内容の見直しがなされています。

| | | |
|--|-------------------------------------|-------|
| | 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。 | ⓐ・ⓑ・ⓒ |
|--|-------------------------------------|-------|

<コメント>

障害に関する専門知識の習得や支援の向上などのため、障害児のケアなどを専門とする大学の講師を招き、年6回程度の事例検討会の実施や実際に利用児たちの支援が行われているクラスに入っての支援方法への助言、質疑応答の機会などが設けられています。また、職員が外部や法人内の研修で学んだ内容は、他の職員への共有・伝達がなされています。さらに、自閉症の理解のための勉強会、各専門職からの様々なスーパーバイズ、毎月のクラス会議でのケース検討会なども行われており、日頃の利用児一人ひとりの状況は、各職員が毎月のクラス会議や支援記録などで共有し、個別の支援方法の評価、検討や見直しに役立てられています。

| | | |
|------------------|--------------------------------------|-------|
| A-2-(2) 日常的な生活支援 | | |
| | A-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。 | ⓐ・ⓑ・ⓒ |

<コメント>

管理栄養士が季節に応じた旬の食材や栄養に考慮した献立を作成し、毎月の給食会議で一人ひとりの食事の状況を関係職員と共有し、献立や支援方法の検討が行われています。また、食事前の口腔ケアや口腔マッサージも行い、食が進むよう促し、誕生日のお祝いメッセージを食事に添えたり、嚥下が困難な利用児のペースト食にも魚の絵を描いて目で楽しめるようにするなどの工夫がなされています。そして、食事形態調査票*を用いて、利用児の食に関する詳細な状況や介助方法など、把握がなされています。さらに、身体の保清や排せつ、移動の支援について、利用児の状況に応じて個別支援計画に具体的に詳しく記載し、一人ひとりの状況に応じた方法により支援が行われています。

* 利用児の食事の状況に関して、家族に聞き取りをし記載するシート。

| | | |
|---|-------------|--|
| A-2-(3) 生活環境 | | |
| 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。 | (a)・(b)・(c) | |
| <コメント> 設備や備品の点検は、5Sチェックシート*1に点検内容を定め、定期的に危険箇所の有無の確認などを行っています。施設全体が清潔に保たれ、明るく清潔感があり、掃除や消毒が毎日定期的に行われ、トイレなどの設備や備品は、利用児が安全で快適に使いやすい高さや大きさで設置されています。また、昼寝の時間には、光の入る各クラスの窓をカーテンやブラインドで一時的に覆い、耳元で優しく歌を歌ったり、睡眠中の血中酸素飽和度をパルスオキシメーターで測定し、呼吸の様子も確認し、安心・安全・安眠の保たれた環境への配慮がなされています。生活環境については、家族への満足度調査で詳細に質問事項を設け、意見聴取をし、得られた意見に対して何らかの改善や対策を講じるよう、取り組みが行われています。さらに、気持ちを落ち着かせるための部屋（スヌーズレンルーム*2）も設けられています。 | | |
| *1 設備や備品を点検するためのチェック項目や点検の内容を定めたシート。 *2 光、音、香り、手触りなどの感覚に働きかけることで、心身のリラックスや落ち着きなどを促す空間。 | | |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 | | |
| 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。 | (a)・(b)・(c) | |
| <コメント> 作業療法士を毎月2回外部から招き、個別支援計画に機能訓練を位置づけ、指先の操作やスプーン、箸の扱い方など、専門用語を使わず、家族などにも分かりやすい言葉で計画書が作成され、日常的に訓練が実施されています。また、クラスでの利用児の様子を受審施設の職員と作業療法士で一緒に確認しながら、助言や指導、クラスの生活環境の設定や見直しが行われています。そして、かかりつけ医療機関でのリハビリの様子も職員が確認する機会を持ち、医師や専門職とも連携し、計画の立案や日頃の訓練に役立てられています。 | | |

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

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。

Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

<コメント>

医療的ケアの必要な利用児を対象とするクラスには、特に手厚く看護師を3名配置し、1日を通してさまざまな場面で健康状態（呼吸、排便、睡眠、筋緊張など）の把握が細やかに行われています。また、受審施設は隣接する病院の敷地内に立地し、即座に医療的支援を得られる体制が整えられており、医療的ケアを要する利用児や家族が安心できる環境となっています。そして、てんかん発作や転倒、誤飲などの緊急時対応の内容は緊急時対応指示書*に利用児ごとに記載し、熱中症対応のマニュアルも整備され、それぞれのクラスに備えつけられています。さらに、利用児一人ひとりの医療面での留意事項は、それぞれのかかりつけ医に書面で具体的な指示を求め、その内容を利用児ごとに丁寧にリスト化しています。必要な際は医師に連絡も取りながら、日常的な連携体制がとられています。

*利用児の基礎疾患や病状、家族緊急連絡先、起こりえる緊急状況と対処方法などをそれぞれの利用児ごとに詳しく記載したシート。

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。

Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

<コメント>

慢性疾患やアレルギー疾患をもつ利用児も含め、気管切開、鼻腔栄養、人工呼吸器、導尿のケアなど、医師の診断書や指示、家族との話し合いや連携のもとで、適切にケアが実施されています。安全衛生委員会が中心となり、医療的ケアや緊急時対応マニュアルの作成や内容の改訂、研修会の計画立案や実行が行われています。服薬は施設利用時の送迎の際に、家族から職員に直接手渡しで薬と投薬依頼書*を預かり、服薬方法の確認・管理を確実に行い、飲み忘れの防止が図られています。一方、安全管理体制の点においては、受審施設での医療的な支援に関する考え方（方針）と管理者の責任の明確化が図られ、書類にて整備されることが期待されます。

*処方薬の内容について、服用する時間などを詳しく記入したシート。

A-2-(6) 社会参加、学習支援

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。

Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

<コメント>

倉敷市障害者（児）作品展に受審施設の利用児たちが共同で作った作品を出展したり、地域への散歩や外出、公共施設への親子遠足やレクリエーション、運動会や夏祭り、加えて、卒園児や先輩保護者との茶話会、消防署見学やボランティアの受け入れなど、家族も含めた地域との交流も活発に行われています。学習の面では、利用児たちが落ち着き集中できる環境を設定するため、一人ひとり個別での支援が行われています。毎月1回、音楽大学の元講師による音楽療法の時間を設け、音楽や楽器に触れ、リラクゼーションの効果や非言語的コミュニケーションによる社会性や協調性の育成、自己表現や感情表出の手助けをねらった取り組みも行われています。

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

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。

Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

<コメント>

小学校や地域のこども園などへの就学や施設移行の際などは、利用児のこれまでの経過や身体・健康上の配慮、食事・排せつ、運動・コミュニケーション、集団への参加状況、リハビリの状況などを記載の情報提供書＊（移行書）を作成し、関係機関と情報共有がなされています。小学校の教員が受審施設に出向き利用児の様子を見たり、相談支援事業所や児童相談所などとも連携・協力し、個別調整会議などを行い、利用児や家族のニーズと今現在の生活の様子などを共有し、協議・検討を重ねるなど、関係機関同士での協力体制がとられています。さらには、訪問カット（福祉美容室）の利用など、地域の生活に役立つ情報の提供も行われています。

* 施設の移行や就学の際に、関係機関と利用児の状況を共有・把握し、支援に活用するためのシート。

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

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。

Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

<コメント>

日々の送迎や年2回の定期的な懇談の際など、家族との意見交換や意思疎通を積極的に図り、日々の自宅や施設での様子や変化を家族と共有、懇談記録表に記載し、計画の進捗や目標の達成度の判断材料の一つとしています。連絡帳も活用しながら、利用児の成長を共有し、家族の支援に役立てています。参観日の機会もあり、加えていつでも利用児の様子を家族が見ることができ、家族からの相談にも、同様にいつでも職員が応じる体制がとられています。発達障害について学ぶ、父親向けの勉強会を開催するなど、保護者の障害に対する理解につなげる取り組みも行われています。

A-3 発達支援

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| A-3-(1) 発達支援 | | |
| | 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。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <p><コメント></p> <p>一人ひとりの障害や発達の過程、心身の状況など、支援に関わる職員全員で把握、協議し、支援の方針や目標を具体的に定め、個別で行う活動と集団で行う活動を発達の段階や状況に応じたかたちで、支援内容の中に位置づけています。また、計画の立案は、すぐ目の前にある課題への取り組みや就学などの数年先の目標へ到達できる内容で行われています。そして、受審施設の職員が小学校や移行先に出向き、移行先の職員も受審施設に出向くなど、双方向での情報共有や調整が必要に応じて複数回に渡り行われ、家族の意向や不安も把握しつつ、切れ目のない支援が行われています。</p> | | |

A-4 就労支援

| | | 第三者評価結果 |
|--------------------------------|---|---------|
| A-4-(1) 就労支援 | | |
| | A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <p><コメント></p> <p>非該当</p> | | |
| | A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <p><コメント></p> <p>非該当</p> | | |
| | A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <p><コメント></p> <p>非該当</p> | | |