

(様式第1号) (第2条16号関係)

別紙

福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名称：一般社団法人しなの福祉教育総研	所在地：長野県上田市上田 180-6
評価実施期間： 令和7年6月2日から令和8年2月27日 *契約日から評価結果の確定日（通常、評価結果報告会日）まで	
評価調査者（評価調査者養成研修修了者番号を記載） B2020066 B16025	

2 福祉サービス事業者情報（2025年10月現在）

事業所名：にじいろキッズらいふ若里東 (施設名)	種別：障害児通所支援 (児童発達支援・放課後等デイサービス)
代表者氏名：塩入 大介 (管理者氏名)	定員（利用人数）： 10名
設置主体：社会福祉法人長野市社会事業協会 経営主体：社会福祉法人長野市社会事業協会	開設（指定）年月日： 平成 31年 4月 1日
所在地：〒380-0928 長野県長野市若里6丁目4番13号	
電話番号：026-217-1001	FAX番号：026-217-1010
電子メールアドレス：n.k.life-eastday@nagano-shajikyo.or.jp	
ホームページアドレス： https://nagano-shajikyo.or.jp/n-k-life-wakasatohigashi/	
職員数	常勤職員： 7名 非常勤職員 3名
専門職員	児童発達支援管理責任者 1名 保育士 6名
	児童指導員 1名 (作業療法士)
	(理学療法士) (言語聴覚士)
	(心理士) (管理栄養士)
施設・設備 の概要	(居室数) 3 (設備等) 支援室、トイレ、事務室

3 理念・基本方針

<p>○社会福祉法人長野市社会事業協会基本理念</p> <p>長野市社会事業協会は、利用者の人としての尊厳を大切にし、地域社会でゆとりと潤いのある、その人らしく、いきいきと自立した日常生活が送れるよう、利用者本位のニーズに合った福祉サービスの提供に努めます。</p> <p>○社会福祉法人長野市社会事業協会基本的視点</p> <ul style="list-style-type: none">私たちは、利用者や家族の声を大切にし、利用者と対等な立場で信頼関係を築きます。私たちは、サービスの質の評価を行い、公正で良質かつ適切なサービスを提供するよう努めます。私たちは、地域やその他の関係機関と連携し、より充実したサービスが受けられるよう努めます。私たちは、サービス内容の情報提供を行い、個人情報を適切に取り扱い、事業運営の透明性の確保に努めます。

- ・ 私たちは、専門性を高めるため、常に研鑽し、資質の向上に努めます。

○障害児支援グループ職員支援行動指針

基本的姿勢

1. 福祉に従事する者として、利用者の尊厳と人権を守ります。
2. 利用児本人の最善の利益の保障と健全な育成を図るため、発達支援及び家族支援を行います。
3. 支援者としての職務を自覚し、利用児の自己選択権、自己決定権を重んじます。
4. 利用児が安心かつ安全な生活環境を整えます。
5. 利用児一人ひとりの自己実現に向けた専門的支援を行います。
6. 利用児の尊厳を守り、自らの潜在的な力を発揮できるよう支援します。
7. 支援者は自身の使命を自覚し、常にモラルの共有、向上と自己研鑽に努めます。
8. 利用児の保護者等との信頼関係の構築に努め、保護者等からの安心と信頼を得られるように努めます。
9. 支援者は地域社会の一員として、その責務を果たすとともに、地域社会の理解と協力及び信頼を得られるよう努めます。
10. 支援の適正化と充実を図るため、関連法令、規則等を理解し法令やルールを遵守します。

4 福祉サービス事業者の特徴的な取り組み

にじいろキッズらいふ若里東は児童発達支援、放課後等デイサービスの多機能型として支援を提供している。

にじいろキッズらいふ若里東の近隣には児童発達支援センターにじいろキッズらいふと長野市障害者福祉施設栗田園放課後等デイサービスの2つの事業所があり連携して支援を提供している。

児童発達支援センターにじいろキッズらいふに在籍する作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、心理士、管理栄養士、看護師といった専門職と、にじいろキッズらいふ若里東の児童発達管理責任者、保育士、児童指導員が連携し、個別のニーズに合わせた支援計画を作成している。

児童発達支援では、発達支援の入り口としての親子通園による週1回のステップキッズと週4回のクラス活動（親子通園から単独通園を実施）を行っている。

放課後等デイサービスでは、小学生を中心に買い物体験、製作、運動遊びなど小集団での多様な活動を通じ、社会性や生活スキルの育成を行っている。

児童発達支援と放課後等デイサービスで総合的かつ一貫した支援を提供している。

5 第三者評価の受審状況

受審回数（前回の受審時期）	初 回（ 年度）
---------------	---------------------

6 評価結果総評（利用者調査結果を含む。）

【事業所の説明】

○にじいろキッズらいふ若里東が所属する社会福祉法人長野市社会事業協会では、福祉サービスを必要としている①児童のサービス部門 ②障害者のサービス部門 ③高齢者のサービス部門 ④生活保護に関するサービス部門を運営しており、現在は30事業所で50の福祉事業を展開しています。

○今回の評価対象事業所ににじいろキッズらいふ若里東では、児童発達支援事業として未就学児の2歳児5人と3歳児1人が登録利用しています。午前9時30分から12時30分が基本的なサービス提供時間となっています。放課後等デイサービス事業として、7歳から12歳までの就学児童24人が登録利用しています。放課後支援日は午後3時から午後6時 学校休日支援日は午前9時30分から午後2時30分 その他個別支援計画により午前8時30分から午後6時などの延長があります。

◇特に良いと思う点

○規模の小さな事業所でも、大きな法人のスケールメリットを生かした3事業所間の連携があります。補完し合い有機的に機能した事業が行われています。

研修や災害時、送迎、進路、長期休みの対応など幅広く規模の小さな事業所では対応できない内容を連携で補完し合う体制がうまく構築されています。

○多種多様な専門職の派遣指導と個別支援計画作成時の連携

1 事業所単独では配置が難しい専門職について、近隣の児童発達支援センターにじいろキッズらいふに在籍する作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、心理士、管理栄養士、看護師等が、毎月定期的に当事業所を訪問し児童の活動状況の観察や個別指導を行っています。事業所の児童発達管理責任者、保育士、児童指導員と連携し支援目的や計画・方法について、多角的な視点から利用者の特性やニーズに合わせた個別支援計画を作成することができています。また、保護者の相談や意見について身近に話し合いが行える環境が整っています。

○昼の児童発達支援事業と夕方の放課後等デイサービス事業が、子どもの発達に応じたサービスがつながっていく仕組みが構築されています。

母子通園から始まり、親子の支援から成長により子供だけの受け入れとなる放課後デイにつながっていく態勢ができています。

○保護者との情報共有が図れていて保護者の事業に対する信頼の厚さが伺えます。

アンケート調査から保護者のコメントのほとんどが肯定的な意見が多く寄せられていました。今後も保護者と利用者により添った支援の在り方を継続してください。

当事業所では、初めて療育支援を利用する入り口のステップキッズとして「親子通園」を導入しています。保護者は、子供と一緒に療育活動に参加することにより子供の様子の変化や不安について職員と話ができる環境の中にいることにより、療育活動の目的や内容が理解され安心と信頼につながっていると思います。また、次のステップとして子供ひとりでの「単独通園」に移行する段階があり、親子が分離する経験の中から、子供の自立心や社会性、できる事・やりたくない事等、自発的に自分の意志を表出できるように支援計画を工夫し取り組まれています。

◇特に改善する必要があると思う点

*改善はできない環境の中で、頑張って取り組まれている事

○既存の建物を活用したスペースで、狭さを感じます。

行動障害を抱える子供に対して工夫をされた中身の濃い支援が行われています。

○既存の建物を利用しているため、プレイルーム・デイルーム・玄関の狭さを感じます。午前中は2歳児と3歳児の支援活動に合わせた器具や道具・トレーニング用のトイレを設置し、午後は対象年齢が異なる放課後デイサービスの小学生が使用する器具や道具、幼児のトイレ撤去等の入れ替えを職員は毎回行っています。遊具についても対象年齢の幅があるため、場所など考慮して購入検討をしています。また、狭い空間で外部からの刺激（音や光・話声等）を遮断して集中した環境を作る、掲示物や壁面の文字が目に入ると気が散ってしまうことなど、現在の環境が重要なポイントになることの説明をお聞きしました。現在の建物を最大限に活用しながらも、近隣のセンターの2階へ出向き夏場はプールに入っています。また、法人内の他事業所を訪問して環境を変えてみる等、職員は多彩な活動内容を組み入れながら取り組まれています。既存の建物を改築することは困難なことだと思えます。これからも保健衛生、感染症に配慮し、多彩な外部資源を活用した取り組みを期待いたします。

○ボランティアや地域とのかかわりや保護者会の組織など他の団体との連携が望まれます。

少ない職員体制の中ですが、センターとの連携により障がいについての理解を深める活動が望まれます。

7 事業評価の結果（詳細）と講評

- ・ 共通評価項目（別添 1）
- ・ 内容評価項目（別添 2）

8 利用者調査の結果

アンケート方式の場合（別添 3 - 1）

9 第三者評価結果に対する福祉サービス事業者のコメント（別添 4）

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 放課後等デイサービス・児童発達支援
 事業所名（施設名） にじいろキッズらいふ若里東

第三者評価の判断基準

長野県福祉サービス第三者評価基準の考え方と評価のポイント、評価の着眼点【障がい者・児福祉サービス版】共通項目に係る判断基準による

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。
 「a」評価・・・よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 「b」評価・・・aに至らない状況=多くの施設・事業所の状態、aに向けた取組みの余地がある状態
 「c」評価・・・b以上の取組みとなることを期待する状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	■	着 眼 点	コメント
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a)	■	1 理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所内の文書や広報媒体（パンフレット、ホームページ等）に記載されている。 2 理念は、法人、福祉施設・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、福祉施設・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 3 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。 4 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。 5 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。 6 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	○職員自己評価の中からも職場研修を通し、理念や基本方針、行動指針の周知がされていました。 ○社会福祉法人 長野市社会福祉事業協会という大きな組織の中で理念等が書面で整理されていました。 ○児童養護等には保護者会等の組織がなく一堂に会しての説明の機会はなく広報誌やホームページで確認する機会が設けられています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント	
	2 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	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。	a)	■	7 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。	○利用率はカウンターなどを利用して確認していました。
			■	8 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。	○社会福祉事業全体の動向や流れについては施策にかかわった方の研修を通して職員に幅広く学習しています。		
			■	9 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。	○市内状況については、事業所として十分把握されていない意見がありましたので全体での周知をご検討してください。		
			■	10 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。			
	■	11 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。	○長中期計画を紙ベースで回覧されていて周知されています。				
	■	12 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。	○パートの方も含めた経営についての全体会が年2回行われている。				
	■	13 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。					
	■	14 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。					
3 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	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)	■	15 中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	○社会福祉法人 長野市社会福祉事業協会 第二期中長期総合計画～時代の変化を見据え、活力ある事業展開～令和2年～令和9年度にかけた計画書が作成されています。総合計画のⅢ事業の今後の方向性の中で、Ⅰ児童支援事業について①児童発達支援②放課後デイサービスの現状と課題、事業の方向性について記載されています。	
				■	16 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。		
				■	17 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。		
				■	18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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) ■	<p>19 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。</p> <p>20 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。</p> <p>21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</p> <p>22 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。</p>	○事業報告書で利用の状況をまとめています。他事業所と連携した事業計画書が作成されています。
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	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) ■	<p>23 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。</p> <p>24 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。</p> <p>25 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。</p> <p>26 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。</p> <p>27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等）がされており、理解を促すための取組を行っている。</p>	○事業計画書の作成は幹部職員を中心に策定され年度初めの研修で扱われています。
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b) ■	<p>28 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。</p> <p>29 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。</p> <p>30 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。</p> <p>31 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。</p>	<p>○保護者会等の組織がないため明確な保護者への提示はできていないが、ホームページで閲覧できるようになっています。</p> <p>○利用者や保護者が必要とするクラブ活動内容をお便りなどで毎月発行し周知しています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	(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。	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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 32 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。 ■ 33 福祉サービスの内容について組織的に評価（C：Check）を行う体制が整備されている。 ■ 34 定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。 ■ 35 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。 	<p>○法人内の専門職からのモニタリングやカンファレンス等が行われています。</p> <p>○職員各自の目標管理を実施されています。</p> <p>○制度にのっとり第三者評価を実施しています。</p>
			② 評価結果にもと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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 36 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。 ■ 37 職員間で課題の共有化が図られている。 ■ 38 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 ■ 39 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。 ■ 40 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。 	<p>○専門職の喪にカウンセリングとカンファレンスで職員の相談体制が確立していません。</p> <p>○全体の研修が2回行われていて、基礎的なものと実践的なものそれぞれの研修が計画的に行われています。</p> <p>○児童発達支援・放課後デイサービスの事業について、事業所における自己評価結果、保護者等からの事業所評価の集計結果、事業所における自己評価総括表を作成し公表しています。事業所の強み弱みを把握し、課題の要因、改善に向けて取り組まれています。</p>
II 組織の運営管理	1 管理者の責任とリーダー	(1) 管理者の責任が明確にされている。	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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 41 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。 □ 42 管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。 ■ 43 管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。 ■ 44 平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。 	<p>○事業計画を策定し、研修で周知されています。</p> <p>○重要事項説明書の4. サービス提供を行う職員体制にて職務の内容 管理者に記載され明確になっています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 45 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。 ■ 46 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。 ■ 47 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。 ■ 48 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。 	○管理者が研修担当者となり、職場内研修計画を作成しています。 ○年2回の法令に関する研修含め全体研修が年4回定期的に行われています。
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 49 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。 ■ 50 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。 ■ 51 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 ■ 52 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。 ■ 53 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実に図っている。 	○保護者との情報共有が行われ、職員業務分担表で確実に行われています。 ○送迎サービスにおいても置き去り防止装置は最終手段として、確実に職員が確認し安全が図られています。
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 54 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。 ■ 55 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 ■ 56 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。 ■ 57 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 	○大きな法人内でスケールメリットを生かし、3つの事業所間で利用者の年齢や障害など状況に応じた分担を行い、適切な運営ができるよう配慮されています。送迎においても事業所間で協同化されています。
成2	福祉人材の確保・育	(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理体制が整備されている。	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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 58 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。 □ 59 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。 ■ 60 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。 ■ 61 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。 	○法人の職員採用要綱に必要な資格などを明示しています。また、法人本部とのヒアリングの中で事業所に必要な有資格者を伝えていきます。近年、法人として職員紹介制度を導入し取り組まれています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			② 総合的な人事管理が行われている。	b)	<p>■ 62 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。</p> <p>□ 63 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。</p> <p>□ 64 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。</p> <p>■ 65 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。</p> <p>■ 66 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。</p> <p>■ 67 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。</p>	<p>○期待する職員像を書面で明確にされています。人事評価は実施されていませんが、キャリアパスは明確に示されています。試験を受けて正規とする手順があります。法人内職務研修や全国児童発達支援協議会の外部研修やこども家庭庁協力のフォーラムを実施しています。</p>
		(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	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。	a)	<p>■ 68 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。</p> <p>■ 69 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。</p> <p>■ 70 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。</p> <p>■ 71 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。</p> <p>■ 72 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。</p> <p>■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。</p> <p>■ 74 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。</p> <p>■ 75 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。</p>	<p>○有給休暇は年1回データ化されている。ストレスチェック、ヒヤリングなど行っている。</p> <p>○生産性向上の取り組みについて今後実施していく予定です。休暇取得状況や時間外勤務のデータを毎年可視化して確認されています。また、全職員ストレスチェックや職員面談を行い、必要に応じてアフターケアやサポート体制が整えられています。</p> <p>○臨機応変の対応ができていて自分の時間がとりやすくなっています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 76 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。 ■ 77 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。 ■ 78 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。 ■ 79 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。 ■ 80 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。 	○毎年職員の目標管理を行っています。それにより面接や自己評価を行っています。
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 81 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。 ■ 82 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。 ■ 83 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。 ■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 ■ 85 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。 	○キャリアパスで明確に示されています。センターの中で「期待する職員像」が文書化されています。 ○法人内職務研修や全国児童発達支援協議会外部研修も研修計画で実施されています。
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 86 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。 ■ 87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。 ■ 88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。 ■ 89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。 ■ 90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。 	○勤続年数により様々な研修があり、研修の機会は年間を通じて複数回行われています。 ○心理士などの専門の方からの内部研修の機会や、他施設との事例検討会、施設長向け基礎研修の機会が予定されています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(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。	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。	a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> 91 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。</p> <p><input type="checkbox"/> 92 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 93 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。</p> <p><input type="checkbox"/> 94 指導者に対する研修を実施している。</p> <p><input type="checkbox"/> 95 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。</p>	非該当
	3 運営の透明性の確保	(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	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。	a) <input checked="" type="checkbox"/>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 96 ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 97 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 98 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 99 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 100 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。</p>	<p>○SNS、ホームページで対応しています。パンフレット、ホームページで記載されていて、活動の様子等をインスタグラム等のSNSを利用し、経理規程に基づき公表している。</p> <p>○社会福祉法人財務諸表等電子開示システムを活用し、情報公開を行っています。</p>
			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。	a) <input checked="" type="checkbox"/>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 101 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 102 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 103 福祉施設・事業所の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 104 外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。</p>	<p>○毎年監事による監査を行っています。市町村の助成もあり、市町村による監査を実施しています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	4 地域との交流、 地域貢献	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 105 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。 ■ 106 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者へ提供している。 ■ 107 利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。 ■ 108 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。 ■ 109 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。 	<p>○子どもの事業中心のため、特に文書化はしていません。行事計画のなかでハロウィンなど地域のイベントに参加してします。お買い物の機会があり、コンビニなどでレジでの有人のやり取りを行っています。自販機の利用などを通して地域の利用を行っています。</p>
			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。	c)	<ul style="list-style-type: none"> □ 110 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。 □ 111 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。 □ 112 ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している □ 113 ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。 □ 114 学校教育への協力を行っている。 	<p>○若里東の受け入れはないが、近隣のセンターにはボランティアが来園し活動しています。大学の教授とのつながりがあり学生が訪れています。</p>
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 115 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。 ■ 116 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。 ■ 117 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 ■ 118 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。 ■ 119 地域に適切な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケアを含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。 	<p>○自立支援協議会のこども部会への参画をしています。関係機関との支援会議等実施しています。</p> <p>○こども部会一覧リストを活用しています。災害時のつながりはリストを作成しています。</p> <p>○卒業時の進路を、当法人グループ事業所内との連携で対応したり支援会議に参加しています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	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) ■	120 福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。	○長期休みは近隣のセンターのスペースを利用したり組み立て式プールを活用しています。公共交通機関を利用して野外活動に出かけています。
			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。	b) □ ■ □ ■ ■	121 把握した福祉ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。 122 把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。 123 多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。 124 福祉施設・事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組を積極的に行っている。 125 地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。	○児童発達支援での活動の様子を並行利用する保育所へ還元しています。 ○個別支援計画に盛り込んでいます。保育所等訪問など行っています。 ○センターとの共同参加をしています。BCP（事業継続計画）は社会福祉協議会との協力があります。 ○近隣の法人事業所と合同で防災対策に取り組んでいます。
Ⅲ 適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	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) ■ ■ ■ ■ ■	126 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 127 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。 128 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。 129 利用者の尊重や基本的な人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。 130 利用者の尊重や基本的な人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。	○職員行動指針を策定し、毎年年2回の合同研修で確認を行っています。研修や掲示をし職員が理解できるようにしています。 ○理念と利用者の意思決定については、職員が理解できないことは保護者に聞き情報を得ている。2者択一ならわかるなど具体的に取り組んでいる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 131 利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその理解が図られている。 ■ 132 規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。 ■ 133 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。 ■ 134 利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。 	<p>○職員行動指針に記載しています。また法人の個人情報保護規程や同意書などでも周知確認しています。</p>
		(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。	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 135 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。 ■ 136 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 ■ 137 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。 ■ 138 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ■ 139 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。 	<p>○児童発達支援は原則午前中のみでの支援ではあるが、家庭状況によっては応相談にて対応しています</p> <p>○理念や基本方針などホームページに記載されています。</p> <p>○新たにパンフレットを法人内で作成して来年度配布を予定しています。</p> <p>○入所施設ではない為、希望者には見学にて対応しています。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 140 サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。 ■ 141 サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。 ■ 142 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。 ■ 143 サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。 ■ 144 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。 	<p>○児童発達支援は原則午前中のみでの支援ではあるが、家庭状況によっては応相談にて対応しています。</p> <p>○サービスに関する説明は児童発達支援管理責任者が行っています。</p> <p>○しおりを毎時作成し年度初めに準備し体調管理を促しています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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。	c)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 145 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。 ■ 146 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 ■ 147 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 □ 148 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。 	<p>○隣の児童発達支援センターにじいろキッズらいふ内にある長野市発達相談支援センターや長野県療育支援事業と連携していますが、福祉サービス終了後の相談体制などはそちらが主となると思われます。</p>
		(3) 利用者満足の上昇に努めている。	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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 149 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 ■ 150 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。 □ 151 職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。 □ 152 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。 ■ 153 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。 	<p>○利用者へのアンケートは毎年実施していますが、保護者会等がないため話し合う機会はないようです。</p> <p>○利用者アンケートを通して定期的に保護者が職員に相談しています。お子さんと話してほしい内容などの要望をしています。</p> <p>○保護者相談でニーズを確認しこども情報にしています。</p>
		(4) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 154 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。 ■ 155 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。 ■ 156 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。 ■ 157 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。 ■ 158 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 ■ 159 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。 ■ 160 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 	<p>○苦情申出窓口が設置されています。玄関に記載されたものがあります。</p> <p>○苦情体制として第三者委員を設置しています。要望によって受け付けています。倫理委員会に対応しています。</p> <p>○事業報告書にて苦情解決結果を報告しています。苦情の件数は0件となっています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 161 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。 ■ 162 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。 ■ 163 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。 	<p>○保護者との連絡ツール内にお便りを掲載し、その中で複数の職員を紹介しています。また希望をもとに心理士との面談を定期的の実施しています。</p> <p>○「苦情申出窓口」の設置について利用者各位にて通知しています。その中で第三者委員と解決方法運営適正化委員会の紹介を行っています。</p>
			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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 164 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 ■ 165 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 □ 166 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 ■ 167 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 ■ 168 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。 □ 169 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 	<p>○マニュアルは作成されていません。アンケートは実施していますが、意見箱は置いていません。</p> <p>○こどもの送り迎えがあるので、保護者が毎日職員と話ができます。保護者にニーズを確認でき、利用者の声を聞くことができます。</p>
		(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。	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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 170 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 ■ 171 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。 ■ 172 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。 ■ 173 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。 ■ 174 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 ■ 175 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に見直しを行っている。 	<p>○倫理委員会の中でヒヤリハットで振り返りが実施されています。</p> <p>○倫理委員会の中でヒヤリハット、事故報告、職員間ハラスメント、身体拘束などについて検証され改善計画に盛り込まれています。</p> <p>○子供がいなくなった時の捜索、連絡マニュアルを作成し、速やかに行動できるよう周知しています。</p> <p>○不審者対応マニュアルを作成し緊急時の利用者の安全に取り組んでいます。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 176 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 ■ 177 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。 ■ 178 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。 ■ 179 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 180 感染症が発生した場合には対応が適切に行われている。 ■ 181 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。 	<p>○児童発達支援センターにじいろキッズら いふと共同で管理しています。送迎車両内 での感染対策も行っています。</p> <p>○感染症対策については、研修で職員に周 知されています。</p> <p>○乳幼児の感染対応について、細部にわたり 記載されています。</p>
			③ 災害時等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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 182 災害時の対応体制が決められている。 ■ 183 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。 ■ 184 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。 ■ 185 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 ■ 186 防災計画等を整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。 ■ 187 防犯に係る利用者等の安全の確保対策を検討し、実施している。 	<p>○災害時の体制は、施設内に閲覧できるよう にしているが非常勤職員が確認している かは把握できていません。</p> <p>○災害時、緊急時の安否確認や通常時の連 絡網掲示板用としてアプリを活用していま す。避難訓練も実施しています。</p> <p>○BCP（事業継続計画）に対応した職員 配置計画が作成されています。洪水の時の 避難確保計画による机上訓練が実施されて います。</p>
保2	福祉サービスの質の確	(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。	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 188 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 ■ 189 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 ■ 190 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 ■ 191 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。 	<p>○職員行動指針と個別支援計画で支援内容 等を明示しています。</p> <p>○個別支援計画で支援内容等を明示し、集 中できるように話をできる時間を設けてい ます。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 192 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 ■ 193 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。 ■ 194 検証・見直しにあたり、個別支援計画の内容が必要に応じて反映されている。 ■ 195 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。 	<p>○保護者面談や職員間での検討を定期的実施しています。</p> <p>○支援プログラムを作成し、ホームページに掲載しています。</p>
		(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。	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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 196 個別支援計画策定の責任者を設置している。 ■ 197 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。 ■ 198 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。 ■ 199 個別支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。 ■ 200 個別支援計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 ■ 201 個別支援計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。 ■ 202 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。 	<p>○サービス管理責任者が選任されていて保護者向けアセスメントにより情報を収集し、国シート200項目を絞って作成しています。半年に1度の見直しを行っています。5領域に基づく支援計画を作成しています。</p>
			② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 203 個別支援計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。 ■ 204 見直しによって変更した個別支援計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 ■ 205 個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。 ■ 206 個別支援計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。 	<p>○基本的に個別支援計画は6か月ごとに見直しが行われます。児童発達管理責任者と面談を行い利用者や保護者の意向を確認し支援計画の見直しを行っています。</p> <p>○毎月近隣のセンターより理学療法士と作業療法士等が定期的に療育活動の様子観察や指導に訪問します。課題や計画変更等があれば、カンファレンスにて検討し利用者、家族の意向を組み入れながら個別支援計画の評価見直しを行っています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 207 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。 ■ 208 個別支援計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 ■ 209 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。 ■ 210 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 ■ 211 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 ■ 212 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。 	<p>○アセスメントシートにて共有できるようになっています。記録について理解がされるように支援目標に対する説明をするなどどのように行うのか試行錯誤が行われています。</p> <p>○ケース記録と活動の記録があり、役割や選択の場面で本人の様子を手書きで行っています。</p> <p>○職員自己評価の中で、日々の活動の様子等、記録が書きやすく統一でき速く記入できる用紙の検討が望まれています。</p>
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 213 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。 ■ 214 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。 ■ 215 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 216 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 ■ 217 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 218 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。 	<p>○記録のファイルは持ち出ししないこととなっています。職員室が保管場所とし、個人情報保護規程で明示されています。</p>

事業評価の結果（内容評価項目）

福祉サービス種別：放課後等デイサービス・児童発達支援

事業所名（施設名）：にじいろキッズらいふ若里東

第三者評価の判断基準

長野県福祉サービス第三者評価基準の考え方と評価のポイント、評価の着眼点【障がい者・児福祉サービス版】共通項目に係る判断基準による

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。
 「a」評価・・・よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 「b」評価・・・aに至らない状況=多くの施設・事業所の状態、aに向けた取組みの余地がある状態
 「c」評価・・・b以上の取組みとなることを期待する状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
A	1 利用者の尊重と権利擁護	(1) 自己決定の尊重	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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 利用者の自己決定を尊重するエンパワメントの理念にもとづく個別支援を行っている。 ■ 2 利用者の主体的な活動については、利用者の意向を尊重しながら、その発展を促すように支援を行っている。 ■ 3 趣味活動、衣服、理美容や嗜好品等については、利用者の意思と希望や個性を尊重し、必要な支援を行っている。 ■ 4 生活に関わるルール等については、利用者と話し合う機会（利用者同士が話し合う機会）を設けて決定している。 ■ 5 利用者一人ひとりへの合理的配慮が、個別支援や取組をつうじて具体化されている。 ■ 6 利用者の権利について職員が検討し、理解・共有する機会が設けられている。 	<p>○利用者が自分の思いを選択し自己決定出来るように、職員は利用者の特性に合わせたカード等を用意し自分で選ぶ支援を行っています。</p> <p>○利用者の権利について、職員研修を年2回計画的に行っています。検討事例が発生した場合は、朝・夕のミーティングで話し合い共有を図っています。</p> <p>○合理的配慮について、利用者にとって物理的な環境や意思疎通、ルールや慣行等、何が活動を制限する社会的なバリアとなっているのか保護者や職員と対話を重ね検討をしています。</p> <p>○衣服は保護者が自宅から持参し事業所に保管し必要時に着替えの対応を行っています。理美容や嗜好品等は家庭の対応となります。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(2) 権利擁護	① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>○利用者の尊重と権利擁護は、福祉施設・事業所の使命・役割の基本であり、虐待等の権利侵害を防止することは法令で必須とされる事項です。よって、取組の重要性に鑑み、取組が十分でない場合には、「c」評価とします。</p> </div>	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 7 利用者の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。 ■ 8 利用者の権利擁護のための具体的な取組を利用者や家族に周知している。 ■ 9 権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。 ■ 10 原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法を明確に定め、職員に徹底している。 ■ 11 所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。 ■ 12 権利擁護のための取組について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。 ■ 13 権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し、理解のもとで実践する仕組みが明確化されている。 	<p>○権利擁護については、【職員支援行動指針10】の基本的姿勢の中に示されています。1として利用者の尊厳と人権が明示されており、職員は年2回の研修の事例検討とセルフチェックリストを行い日々の支援行動の振り返りを行っています。</p> <p>○法人の基本的視点である「利用者や家族の声を大切にし利用者と対等な立場で信頼関係を築きます」について、職員は日頃の支援活動を通じて具体的な事例の検討を行い共通認識を深めています。</p> <p>○中部障害児支援事業所では虐待・身体拘束・苦情解決・リスクマネジメント・感染対策等を含めた事業所内の課題は、倫理委員会において一括で検討する体制でスピード感を持って対応しています。</p>
2 生活 支援	(1) 支援の基本	① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。		a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 14 利用者の心身の状況、生活習慣や望む生活等を理解し、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援を行っている。 ■ 15 利用者が自力で行う生活上の行為は見守りの姿勢を基本とし、必要な時には迅速に支援している。 ■ 16 自律・自立生活のための動機づけを行っている。 ■ 17 生活の自己管理ができるように支援している。 ■ 18 行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。 	<p>○令和6年7月に放課後等デイサービスガイドラインが示され、特に「本人支援」は5領域の視点を踏まえたアセスメントを行い「自立支援と日常生活の充実のための活動」「子供が主体的に参画できる活動」等の基本活動を複数組み合わせた支援を提供しています。</p> <p>○利用者の特性に合わせ視覚カード等を使って自分のやりたい事、やりたくない事を伝える・合図や行動の組み合わせにより自発的に片づける時間を認識する等、見守りの姿勢を基本として、生活場面や人間関係・社会性の自立に向けた支援を行っています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 19 利用者の心身の状況に応じて、さまざまな機会や方法によりコミュニケーションがはかられている。 ■ 20 コミュニケーションが十分ではない利用者への個別的な配慮が行われている。 ■ 21 意思表示や伝達が困難な利用者の意思や希望をできるだけ適切に理解するための取組を行っている。 ■ 22 利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援を行っている。 ■ 23 必要に応じて、コミュニケーション機器の活用や代弁者の協力を得るなどの支援や工夫を行っている。 	<p>○コミュニケーション手段が少ない利用者に対しては、本人が発信しやすい方法（ジェスチャー・視覚カード・視線の動き・ヘルプサイン・待っているサイン等）利用者の顔の表情や自分で選ぶ行動を職員は意識して見極め、コミュニケーションの幅が広がるよう支援を行っています。</p> <p>○親子通園の目的の1つに、保護者も一緒に活動プログラムに参加する中で、活動の目的・方法・成長の理解を深め職員と情報共有を行い利用者とのコミュニケーションの機会や幅を増やしています。</p>
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 24 利用者が職員に話したいことを話せる機会を個別に設けている。 ■ 25 利用者の選択・決定と理解のための情報提供や説明を行っている。 ■ 26 利用者の意思決定の支援を適切に行っている。 ■ 27 相談内容について、サービス管理責任者等と関係職員による検討と理解・共有を行っている。 ■ 28 相談内容をもとに、個別支援計画への反映と支援全体の調整等を行っている。 	<p>○利用者が職員へ声をかけやすい環境づくりや、利用者が自分で決める自己表出/表現の場を活動の中に意図的に取り入れる等、意思を尊重する支援を行っています。</p> <p>○個別支援計画の定期見直し時に保護者面談を実施し事業所からは支援内容や利用者の変化の様子説明を行い保護者からの自宅での様子や要望・相談を伺い計画に反映していません。また、帰宅時の迎えには、本人の様子を伝えたり保護者からの相談等をお聞きしています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 29 個別支援計画にもとづき利用者の希望やニーズにより選択できる日中活動（支援・メニュー等）の多様化をはかっている。 ■ 30 利用者の状況に応じて活動やプログラム等へ参加するための支援を行っている。 ■ 31 利用者の意向にもとづく余暇やレクリエーションが適切に提供されている。 ■ 32 文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツに関する情報提供を行っている。 ■ 33 地域のさまざまな日中活動の情報提供と必要に応じた利用支援を行っている。 ■ 34 個別支援計画の見直し等とあわせて日中活動と支援内容等の検討・見直しを行っている。 	<p>○児童発達管理責任者、保育士、児童指導員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など専門職員と連携し、毎月定期的に支援方法の評価を行っています。</p> <p>○2歳・3歳の個別支援計画では生活習慣の形成、基本的な生活スキルの形成等 他の領域と組み合わせながら、「できること」を増やしていきます。</p> <p>○放課後デイサービス低学年の利用者は、集団生活や社会性に必要なスキルを育む集団療育へと移行していきます。具体的に買い物・制作・個別課題・調理活動・自由な時間・学校の長期休み等の野外活動が企画されています。自由な時間では、利用者が取り組みたいパズルや読書、プラレール等個々に選択して行っています。</p>
			⑤ 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 35 職員は障がいに関する専門知識の習得と支援の向上をはかっている。 ■ 36 利用者の障がいによる行動や生活の状況などを把握し、職員間で支援方法等の検討と理解・共有を行っている。 ■ 37 利用者の不適応行動などの行動障がいに関し、個別かつ適切な対応を行っている。 ■ 38 行動障がいなど個別的な配慮が必要な利用者の支援記録等にもとづき、支援方法の検討・見直しや環境整備等を行っている。 ■ 39 利用者の障がいの状況に応じて利用者間の関係の調整等を必要に応じて行っている。 	<p>○職員は、事業所の研修計画により専門職によるモニタリング研修、発達障害の知識・対応、強度行動障害、公認心理士会研修等を受講しています。</p> <p>○利用者間の関係調整については試行を行い関係性を見極めながら、個別支援や小グループ活動により配慮しています。特にクラス分けについては、利用者の特性に対して適切な支援が行えるよう環境を整え対応しています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	コメント
		(2) 日常的な生活支援	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。	b)	<input type="checkbox"/> 40 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本としておいしく、楽しく食べられるように工夫されている。 <input type="checkbox"/> 41 利用者の心身の状況に応じて食事の提供と支援等を行っている。 <input type="checkbox"/> 42 利用者の心身の状況に応じて入浴支援や清拭等を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 43 利用者の心身の状況に応じて排せつ支援を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 44 利用者の心身の状況に応じて移動・移乗支援を行っている。	<p>一食事の提供・入浴支援は対象外となりますー</p> <p>○12時30分までの療育・15:00からデイサービスの為、食事の提供・入浴支援は行っていません。 ○生活の食事提供はありませんが、お弁当の日・親子でスイートポテト作りやデイサービスのリトルシェフ活動でのケーキ作り等、支援活動の中で実施しています。食事の場を観察することにより、児童の咀嚼・嚥下状態等、口の動きや食具操作を見る機会となっています。また、防災食についての食育等にも取り組んでいます。</p>
		(3) 生活環境	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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 45 利用者の居室や日中活動の場等は、安心・安全に配慮されている。 <input type="checkbox"/> 46 居室、食堂、浴室、トイレ等は、清潔・適温と明るい雰囲気を保っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 47 利用者が思い思いに過ごせるよう、また安眠（休息）できるように生活環境の工夫を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 48 他の利用者に影響を及ぼすような場合、一時的に他の部屋を使用するなどの対応と支援を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 49 生活環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。	<p>○通所の為、食堂・居室・浴室の設備は無く、活動内容によりプレイルーム等へ料理クラブの設営を行っています。午前中は2歳児のトイレトレーニング場所を設営するなど職員は工夫して整えています。また、活動内容に合わせ、近隣のにじいるキッズらいふ2階多目的ホールを活用しています。 ○全体的に広い空間が無い為、職員自己評価でも環境面の課題が取り上げられています。利用者が安心して馴染む環境の設え、効果的な遊具の設置、掲示物の工夫配慮、時には解放感のある空間等、これからも環境づくりの工夫を期待いたします。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(4) 機能訓練・生活訓練	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 50 生活動作や行動のなかで、意図的な機能訓練・生活訓練や支援を行っている。 ■ 51 利用者が主体的に機能訓練・生活訓練を行えるよう工夫している。 ■ 52 利用者の障がいの状況に応じて専門職の助言・指導のもとに機能訓練・生活訓練を行っている。 ■ 53 利用者一人ひとりの計画を定め、関係職種が連携して機能訓練・生活訓練を行っている。 ■ 54 定期的にモニタリングを行い、機能訓練・生活訓練計画や支援の検討・見直しを行っている。 	<p>○近隣の法人センターより専門職の理学療法士や作業療法士が毎月個別に利用者の様子観察や指導を行う等、関連職種が連携して機能訓練・生活訓練を行っています。また、専門職から観た課題や計画の変更等カンファレンスを実施し見直しを行っています。</p> <p>○個々の動きに合わせてアプローチ方法を変えてみる。また、主活動の他に巧技台を設置し楽しみながら利用者の身体的発達を促しています。</p> <p>○低年齢の利用者に対し、自分から動くことができるように、基礎的な運動を繰り返し行い生活の中でも自発的な動きの誘導を促す支援を行っています。</p>
		(5) 健康管理・医療的な支援	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。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 55 入浴、排せつなどの支援のさまざまな場面をつうじて、利用者の健康状態の把握に努めている。 □ 56 医師又は看護師等による健康相談や健康面での説明の機会を定期的に設けている。 ■ 57 利用者の障がいの状況にあわせた健康の維持・増進のための工夫を行っている。 ■ 58 利用者の体調変化等における迅速な対応のための手順、医師・医療機関との連携・対応を適切に行っている。 ■ 59 障がい者・児の健康管理等について、職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。 	<p>○親子通園時や夕方の迎え時に、利用者の健康状態や病院受診時の様子・リハビリの様子を保護者から伺い密に情報共有しています。</p> <p>○サービス提供中に利用者の病状が急変した場合等は、契約時の重要事項説明書に記入されてる主治医への連絡と利用者が予め指定する連絡先へ速やかに連絡します。また、近隣の総合病院と協力連携の体制を整えています。</p> <p>○常勤の看護師は配置されていませんが、常に利用者の病状や保健衛生・安全管理等について知識や対応方法のアップデートを期待いたします。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			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。	b)	<input type="checkbox"/> 60 医療的な支援の実施についての考え方（方針）と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。 <input type="checkbox"/> 61 服薬等の管理（内服薬・外用薬等の扱い）を適切かつ確実にしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 62 慢性疾患やアレルギー疾患等のある利用者については、医師の指示にもとづく適切な支援や対応を行っている。 <input type="checkbox"/> 63 介護職員等が実施する医療的ケアは、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 64 医師や看護師の指導・助言のもと、安全管理体制が構築されている。 <input type="checkbox"/> 65 医療的な支援に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。	<p>一医療的な支援は対象外となりますー</p> <p>○親子通園を実施している為、服薬、医療的ケアは基本的に保護者が行っています。また、食物アレルギーや医療情報について、保護者と診療情報等で確認を行い、常に最新情報を把握しています。 ○児童発達の食育活動では、使用食材を事前に周知しアレルギー等の不安がある場合は医師との相談をお願いして、調理活動の準備等を行っています。 ○緊急時の対応（事故や急変時）の職員研修を行っています。コミュニケーションが難しい利用者のシグナルをキャッチし早期対応に繋がれるよう今後も日頃の研鑽に期待いたします。</p>
		(6) 社会参加、学習支援	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。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 66 利用者の希望と意向を把握し、社会参加に資する情報や学習・体験の機会を提供する等、社会参加への支援を行っている。 <input type="checkbox"/> 67 利用者の外出・外泊や友人との交流等について、利用者を尊重して柔軟な対応や支援を行っている。 <input type="checkbox"/> 68 利用者や家族等の希望と意向を尊重して学習支援を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 69 利用者の社会参加や学習の意欲を高めるための支援と工夫を行っている。	<p>○基本的に、利用者の年齢が低いため社会参加の機会は少ないですが、事業体を実施する行事等【親子でハロウィンイベント】に参加しスタンブラリーを楽しみながら交流と運動を行っています。 ○保護者アンケート・利用者アンケートを実施し意向を確認しています。 ○今後の利用者の成長や活動内容を見据え、社会参加の機会や情報提供の充実を期待いたします。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
		(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 70 利用者の希望と意向を把握し、地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会を提供している。 ■ 71 利用者の社会生活力と地域生活への移行や地域生活の意欲を高める支援や工夫を行っている。 ■ 72 地域生活への移行や地域生活について、利用者の意思や希望が尊重されている。 ■ 73 地域生活への移行や地域生活に関する課題等を把握し、具体的な生活環境への配慮や支援を行っている。 ■ 74 地域生活への移行や地域生活のための支援について、地域関係機関等と連携・協力している。 	<p>○放課後デイサービスでは、【おやつを買いに行こう！】【お昼の食材を買いに行こう】等、活動で決められた金額をもって地域のお店へ行き、挨拶する、自分で選び支払いをする等社会資源を使った活動を組み入れています。</p> <p>○利用者、保護者の意向を把握し地域の保育園への移行や体験等の話を行い地域移行へのきっかけを図っています。また、保育園への移行の際には、移行支援会議を行い連携協力を図っています。</p> <p>○利用者の年齢が低く本人からの希望や意向の把握が難しい状況ですが、保護者から丁寧に話を聞く機会や面談により意向の把握を行っています。</p>
		(8) 家族等との連携・交流と家族支援	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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 75 家族等との連携・交流にあたっては、利用者の意向を尊重して対応を行っている。 ■ 76 利用者の生活状況等について、定期的に家族等への報告を行っている。 ■ 77 利用者の生活や支援について、家族等と意見交換する機会を設けている。 ■ 78 利用者の生活や支援に関する家族等からの相談に応じ、必要に応じて助言等の家族支援を行っている。 ■ 79 利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールが明確にされ適切に行われている。 ■ 80 利用者の生活と支援に関する家族等との連携や家族支援についての工夫を行っている。 	<p>○家庭支援を重点とする児童クラスでは、当事業所の大特色の1つ親子通園を実施しています。保護者が療育活動と一緒に参加することによりクラス内での実践の様子を知り、また、家庭・病院・リハビリ等の様子を保護者から聞くことにより相関的に対応しています。利用初期の不安や心配の早期解消と子供に対する理解を共有し家庭での生活支援につながっています。また、職員との信頼関係の早期構築につながっています。</p> <p>その他に保護者との定期面談2回（必要時は随時）と、迎え時に本日の様子がわかる写真や連絡ノートを渡して情報共有を行っています。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
	3 発達支援	(1) 発達支援	① 子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a)	<p>■ 81 子どもの発達過程や適応行動の状況等を踏まえた発達支援（個別支援）を行っている。</p> <p>■ 82 子どもの発達に応じて必要となる基本的日常動作や自立生活を支援するための活動や取組について、個別活動と集団活動を組み合わせながら実施している。</p> <p>■ 83 子どもの活動プログラムについてはチームで作成するとともに、子どもの状況に応じた工夫や見直しを行っている。</p> <p>■ 84 子どもと保護者に対し、学校及び保育所や認定こども園、児童発達支援事業所等との情報共有、連携・調整をはかっている。</p>	<p>○【本人支援】では①健康・生活 ②運動・感覚 ③認知・行動 ④言語・コミュニケーション ⑤人間関係・社会の【5領域】の視点を織り交ぜた個別支援計画を作成し、当事業所には①自分力を育てる。②体幹・コミュニケーション力を育てる。③趣味にあったクラブ活動。④小集団で社会性を育てる。の4つの基本活動があります。具体的には、おやつ作り、創作、買い物、音楽療法、公共交通を利用する等 自立した日常生活に必要な利用者が活躍できる支援を行っています。</p>
	4 就労支援	(1) 就労支援	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。	a) b) c)	<p>□ 85 利用者一人ひとりの働く力や可能性を引き出すような取組や工夫を行っている。</p> <p>□ 86 利用者一人ひとりの障がいに応じた就労支援を行っている。</p> <p>□ 87 利用者の意向や障がいの状況にあわせて、働くために必要なマナー、知識・技術の習得や能力の向上を支援している。</p> <p>□ 88 働く意欲の維持・向上のための支援を行っている。</p> <p>□ 89 仕事や支援の内容について、利用者への定期的な報告と話し合いを行っている。</p> <p>□ 90 地域の企業、関係機関、家族等との連携・協力のもとに就労支援を行っている。</p>	<p>対象外</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	コメント
			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。	a) <input type="checkbox"/>	91 利用者の意向や障がいの状況に応じた仕事時間、内容・工程等となっている。	対象外
				b) <input type="checkbox"/>	92 利用者が選択できるよう、多様な仕事の内容・工程等を提供するための工夫を行っている。	
				c) <input type="checkbox"/>	93 仕事の内容・工程等の計画は、利用者で作成するよう努めている。	
				<input type="checkbox"/>	94 賃金（工賃）等を利用者にわかりやすく説明し、同意を得たうえで適切に支払われている。	
				<input type="checkbox"/>	95 賃金（工賃）を引き上げるための取組や工夫を行っている。	
				<input type="checkbox"/>	96 労働安全衛生に関する配慮を適切に行っている。	
			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。	a) <input type="checkbox"/>	97 職場や受注先の開拓等により仕事の機会の拡大（職場開拓）に努めている。	対象外
				b) <input type="checkbox"/>	98 障害者就業・生活支援センターやハローワーク等との連携を定期的かつ適切に行っている。	
				c) <input type="checkbox"/>	99 利用者の障がいの状況や働く力にあわせて、利用者と企業とのマッチングなどの就職支援を適切に行っている。	
				<input type="checkbox"/>	100 就労後の利用者と職場との関係づくりなど、職場定着等の支援を必要に応じて行っている。	
				<input type="checkbox"/>	101 利用者や地域の障がい者が離職した場合などの受入や支援を行っている。	
				<input type="checkbox"/>	102 地域の企業等との関係性の構築や障がい者が働く場における「合理的配慮」を促進する取組・働きかけを行っている。	

(別添4)

第三者評価結果に対する福祉サービス事業者のコメント

(令和8年3月4日記載)

事業所が開設されてから初めての第三者評価でしたが、日々の取組を評価していただく良い機会となりました。

当事業所は児童発達支援と放課後等デイサービスの定員10名の多機能型事業所です。児童発達支援では発達支援の入り口としての役割を担い、こどもたちの状況やご家族の状況により週1回のすてっぷキッズと週4回のいちご組でのクラス活動の2パターンでサービスを提供しています。すてっぷキッズは母子通園を3ヶ月クールで実施し、いちご組は母子通園から始まり単独通園へと移行していきます。ともにこどもへの関わり方、愛着形成を進めています。

放課後等デイサービスは小学校低学年を中心に、児童発達支援からの支援を継続しつつ、様々な活動を通して社会性の構築を目指して支援を行っています。

評価の中にもありましたが、隣接する児童発達支援センターにじいろキッズらいふの中核機能を活用した専門職からの助言や近隣にある2か所の放課後等デイサービス事業所と連携し協力しながら支援を行っています。今後もこの関係性を継続しながらより良い発達支援を実施してまいります。

また評価の中でご指摘いただいたボランティアや地域とのかかわりについては、事業所内でどの場面で受入れをお願いしていくかをしっかりと検討し、積極的にボランティアを受け入れ、連携を図っていきたいと思います。ボランティアとは異なりますが、令和8年度から小中学校教員免許取得のための介護等体験実習の受け入れを実施していく予定です。

今後も第三者評価の結果を意識し、引き続きこどもたちへのより良い発達支援を目指してまいります。

事業所名 にじいろキッズらいふ若里東

管理者名 塩入 大介