

平成 28 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  
発達障害者相談支援事業所  
「倉敷発達障がい者支援センター」

2016 年 12 月 21 日

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
実施概要 .....	1
評価項目 .....	3
総評 .....	31

(添付資料)

### ◆ 利用者調査 集計結果



## 【実施概要】

### 1. 実施スケジュール

- (1) 第三者評価についての事前説明 平成 28 年 6 月 23 日
- (2) 情報収集の実施（調査）
  - ①自己評価 平成 28 年 7 月 15 日～8 月 10 日
  - ②利用者調査 平成 28 年 7 月 15 日～7 月 31 日
  - ③事業所訪問調査 平成 28 年 9 月 1 日、9 月 2 日

### 2. 評価の実施方法

岡山版福祉サービス第三者評価基準ガイドライン+メイアイヘルプユーオリジナル版

### 3. 利用者調査

- (1) 調査の方法 アンケート
- (2) 調査対象者数 利用者 133 名

### 4. 評価調査者

要 厚子  
村上 信

### 5. 評価決定合議日

平成 28 年 9 月 26 日

### 6. 本評価に関する問い合わせ

- (1) 本評価調査責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 要 厚子
- (2) 評価責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 代表理事 新津 ふみ子
- (3) 連絡先

NPO 法人メイアイヘルプユー事務局

〒141-0031 東京都品川区西五反田 2-31-9 シーバード五反田 401

電話：03-3494-9033 / FAX：03-3494-9032



## 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、基本方針が確立されている		評価
I-1-1(1)-① 理念が明文化されている。		
判断基準	a) 法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。	a
	b) 法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。	
	c) 法人の理念を明文化していない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>・法人として、理念・基本方針および行動指針を明文化している。年3回発行する「広報誌」には、ロゴマークと理念「ともに育ち、ともに生きる」を掲載、またホームページでも同様である。地域社会への貢献を意識した理念である。</p>	

I-1-1(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。		評価
判断基準	a) 理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。	
	b) 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。	
	c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>・法人の理念にもとづく基本方針として「利用者満足の追求」、「集うひとの幸せの追求」、「強くなやかな組織作り」、「地域社会への貢献」、を定めて明示している。さらに「行動指針」として「①私たちはここにアンテナを張り、小さなニーズも見逃さない支援を提供します」、「②私たちは人・仲間を大切にします」、「③私たちは高い目標を持って仕事にチャレンジしていきます」の3点を定めて、明示している。また、これらはホームページや広報誌等に掲載されているとともに、「クムレ ブランドブック」にも掲載されている。基本方針は法人の理念と整合性があり、具体的に職員の行動規範となるような内容となっている。</p>	

I-1-1(2) 理念や基本方針が周知されている。		評価
I-1-1(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。		
判断基準	a) 理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	a
	b) 理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 理念や基本方針を職員に配付していない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>・法人は、職務姿勢などを明示した「クムレ10の心得」とともに、法人の理念、基本方針、行動指針を「クムレ ブランドブック」として冊子にまとめ、全職員に配布している。「クムレ10の心得」は名刺の裏側にも記載している。それらは採用時の新人研修での周知のほか、グループ会議や諸研修開始時の唱和や年度当初の職員会議などの機会に周知させている。さらに、それらは事業計画の中の研修計画カリキュラム作成や次年度の事業計画の策定に向けた振り返りの際の視点として位置付けている。</p>	

I-1-1(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。		評価
判断基準	a) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	
	b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>・法人理念や基本方針は法人ホームページや年3回発行する広報誌「ふれあい」に掲載している。理事長が新年度の法人方針を説明する記事に合わせて、基本理念や4つの基本方針を広報誌に掲載している。広報誌は事業所入口に置き自由に手に取り閲覧できるように設置している。相談室入口の壁面には理念や基本方針を掲示している。しかし、今回の利用者調査で、理念や基本方針を知っているとの肯定的回答は17.7%に留まっている。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>・理念や基本方針は、事業所の福祉サービスに対する考え方や姿勢を示すものであり、利用者の安心感や信頼を高めることにつながるのみならず、理念の実現は利用者との相互作用を通じて、はじめて実現できるものなので、十分な取り組みに期待したい。</p>	

I-2 事業計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		評価
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。		
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。	a
	b) -----	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定していない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として第2期中期経営計画(平成27年度から31年度)を定めており、本年度は今期計画の2年目に当たる。「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」、「地域福祉ニーズに対応した開拓的事業へのチャレンジ」、「地域社会における公益的な活動の実施」、「法人活動の見える化」、「事業運営の安定化」、「働きやすい職場・労働環境の整備」、「やりがいと自己実現を目指す仕事」の7つの柱を立てている。</li> <li>・法人の中期経営計画を実現するために各事業所が策定した事業計画の事業の進捗状況を、同時に所属する事業グループ(本事業所は自立支援事業グループに属している)に報告している。それはさらに法人経営会議に報告され、中・長期計画の実行と評価・見直しが行われている。</li> </ul>	

I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。	a
	b) -----	
	c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第2次中期経営計画に基づく本年度のスローガンは、「加わろう 地域のつながり 支えあい」であり、それに基づいて当事業所を含む法人内の自立支援事業グループ(以下、グループ)全体の「大切にしたい考え方(価値観)」を「夢・将来をともに考え、かなえていく」を反映した当事業所の事業計画を策定している。</li> <li>・本年度は、相談者が何に困っているのか、今どうしたいのか、そして将来どうありたいのかをご本人が気づき、自分の言葉で表現できるよう、思いに寄り添う姿勢を大切にする、相談者自身が自己決定できる支援を目指すことを事業所方針としている。さらに、市民への普及啓発、関係機関との連携強化を掲げている。そのうえで利用者支援目標、家族支援目標、地域支援目標を定め、それぞれ具体的な支援計画を立案している。</li> <li>・また、中期経営計画に対する事業所単独の取り組みとして、①ワンストップ相談窓口の整備とチームアプローチの構築を図ること、②コーディネーターの知識を増やし、個人のスキルを上げて、利用者個人に合わせたアセスメントと支援ができるようにしていくことを掲げている。</li> </ul>	

I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		評価
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。		
判断基準	a) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。	C
	b) 各計画が、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・見直しが組織的に行われていない。	
	c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の中期経営計画は、年度当初の職員会議やグループ会議、研修等で周知されるので、職員は法人の中期計画の中から「大切にしたい支援の考え方(価値観)」を職員・管理者間で共有したうえで、管理者は職員の間で普段からコミュニケーションを図ってきた内容を取り入れた事業計画案を策定している。事業計画を策定する過程で、グループ会議で意見交換が行われている。</li> <li>・事業所の事業計画・報告書の書式は、「重点方針(利用者支援目標、家族支援目標、地域支援目標)」、「中期経営計画に対する事業所単独の取り組み」など、3事業グループ間で共通項目を設けて、可能な限り標準化しており、当事業所が属する自立支援事業グループの毎月の会議で実施状況を報告している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画策定にあたり、職員の参画や意見の集約・反映の仕組みが組織として定められている必要がある。二人職場であり、毎週開催する職員会議で職員の意見は把握しているので十分であるとするのではなく、事業計画は職員の参画のもとで策定されることが求められる。組織的な取組を期待する。</li> </ul>	



I-2-(1)-② 事業計画が職員や利用者に周知されている。		評価
判断基準	a) 各計画を職員や利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	b
	b) 各計画を職員や利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 各計画を職員や利用者等に配布していない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>・年度当初の職員会議で事業計画を配布するとともに、基本理念、年度のスローガン、中期経営計画、事業計画について説明し、十分な理解を促すための取り組みを行っている。利用者や家族には事業計画を配布する等の取り組みは行っていない。</p>	
	<p>■ 改善課題</p> <p>・職員に対する周知の取り組みは意識的に行っているが、利用者や家族に対する事業計画周知の取り組みはその必要性も含めてこれまで認識がなかった。事業計画の利用者への周知は情報公開の観点から重要であり、事業所と利用者の現状に即した取り組みを期待する。</p>	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		評価
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。		
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>■ 取り組み状況</p> <p>・管理者の役割は、全職員に配布されている「キャリアパス運営手引き」に明示されている。一般職、監督職(専門職を含む)、管理職に求められる9段階の能力が明示され、人事考課制度に基づく、業務・目標管理評価シートや要素別評価シートなどを用いて自らを振り返り、上位者と年2回面談している。二人職場であり、管理者は職員とコミュニケーションを密に図ることを意識し、お互いに報告、相談、連絡を徹底するようにしている。これらの考え方は、随時、職員に伝えている。また、当事業所独自の「発達障がい者支援事業運営規程」に、発達障害者支援コーディネーターである管理者の役割と責任を示すとともに、28年度は、具体的な分掌を明示する改定が行われた。</p>	

I-3-(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) 管理者自ら、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) 管理者自ら、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) 管理者自ら、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>■ 取り組み状況</p> <p>・当法人は、組織として遵守しなければならない基本的な関連法令については、職員を対象とする研修を行って対応している。</p> <p>・提供している福祉サービスにかかる法令遵守について管理者は、行政の会議に参加して研鑽を積んでいる。また、個人情報保護法に関する法人の規程を把握し、連携先機関に利用者の個人情報を提供するとき求められる同意書を作成するなどしている。本年度は、障害者差別解消法の施行に伴い当事業所が更に実施すべき点について把握するために当事者を対象とするアンケート調査を実施する等の取り組みを行っている。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>・「事業所(法人)には、福祉サービスを提供する組織として、法令等(社会福祉法令、福祉施設・事業所の理念・基本方針や諸規程、社会的ルールや倫理を含む)を遵守した事業経営＝コンプライアンス(法令順守)の徹底が求められ」、また、管理者には、「順守すべき法令等を十分に理解し、…略…、職員に対して順守すべき法令等を周知し、遵守するための具体的な取り組みを行うことが求められる。」(全社協:第三者評価判定基準に関するガイドライン)</p> <p>・つまり、本法人の組織体制を当てはめると、各事業所において遵守すべき法令等を法人レベルでも職員に示し、管理者も内外の研究等に参加することによって、遵守すべき法令等を十分に理解して、事業所運営に必要な法令等を事業所職員に周知させるとともに、遵守するための具体的な取り組みが求められているということになる。管理者としては、先述した「法令等」をファイリングするなどして自らが守るべきもの、職員に周知を図るべきものを明確化しておくことも考えられる。なお、個人情報保護法は、法そのものを十分に理解することによって、実践場面で遭遇する事案への的確な判断と対応が可能となるといって必要であると考えられる。</p>	

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		評価
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。		
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>・管理者は当事業所全体を統率する立場として、職員と毎週1回、半日の事例検討を中心とした職員会議の機会に当て、職員会議では、サービスの質の向上についても取りあげ、職員の意見や提案には十分な時間をかけて意見交換し、サービス改善に反映できるよう心掛けている。また、自立支援協議会等の外部の会議でサービスの質向上に関連する課題を把握したときは、職員にも伝えている。当事業所にとって毎週の職員会議は、個々の事例や運営に関する検討によってサービスレベルを維持し、必要に応じてサービスの改善を検討する場でもある。</p>	
	<p>■ 改善課題</p> <p>・この評価項目では、当事業所が提供するサービスについて定期的、継続的に自己評価・分析をしてサービス改善を行うことに管理者がリーダーシップを発揮するという、より積極的・確実な取り組みが求められている。法人が取り組む第三者評価もその一環であり、今回の評価でも当事業所では評価過程を通じて既に数々の改善を試みている。第三者評価の実施に関わらず例えば、1年の事業の振り返りの時期に合わせた自己評価と結果の分析、そして、改善課題を次年度の計画に反映するといった仕組みづくりなども考えられる。</p>	

I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準		
判断基準	a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた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、経営や業務の効率化と改善に向けた取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>・管理者は経営や業務改善に関連して、利用者動向、事業の進捗状況をグループ会議を通して法人の経営者会議に報告している。職員会議で業務の効率化に理解を求めるとともに職員と意見交換して、業務のやり方を工夫している。一方、相談室の物理的な環境は必ずしも好ましくない。防音設備が不十分で隣室の事務室の声が聞こえ、電話の受信音が引切りなしに響いている。法人レベルでも改善の方向で取り組んでいるとのことであるが経年の課題になっている。</p> <p>・(訪問調査後)管理者は、面接室の防音設備の充実に向けて、隣室との間の欄間を塞ぐ工事が年度内に予定されているとコメントして来ている。</p>	
	<p>■ 改善課題</p> <p>・当事業所がサービスを提供する地域の業務量を考えると、さらなる業務の効率化が欠かせないと管理者は認識しているが、現状は職員が担当する利用者へのサービス提供に関連した個別事例に対するアドバイスや職員個人の業務改善の工夫に留まっている。組織的な取り組みの体制を構築することが課題となっており、さらなる取り組みに期待する。</p>	

## II 組織の運営管理

### II-1 経営状況の把握

II-1-1(1) 経営環境の変化等に対応している。		評価
II-1-1(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。		
判断基準	a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。	b
	b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 事業経営をとりまく環境を把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>・業界全体の動向については理事長からの情報を経営委員会およびグループ会議において法人全体で共有するとともに、中期経営計画や事業計画に反映している。地域の情報については、障害に関する相談・支援センターや医療機関、支援学校、団体、親の会、施設、倉敷市関係部署、ハローワーク、社協、児童相談所等幅広い関係機関が加盟している「倉敷地域自立支援協議会」の代表幹事メンバーとして、定例会議への出席を通して地域の課題や現状を把握している。更に、当事業所は市内唯一の発達障害専門の相談センターであるため、行政等関連機関との情報交換を通じて県内の発達障がい者の状況を把握するなど事業経営を取り巻く環境状況を把握しやすい立場にあり、把握に努めているという。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>・管理者は、例えば、ある地域は幼児期・学齢期の発達障害の方が多い、最近の相談傾向として未受診のまま成人になられた方が多いといった現状の課題を把握している。これらをさらに分析するなどして事業経営や事業計画に組織一丸となって活かすためには、根拠となり説得力のあるしかりとした記録が必要である。記録を基にしたデータや状況分析、そして事業計画化した上での必要な取り組みが期待される。</p>	
II-1-1(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。		評価
判断基準	a) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。	a
	b) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。	
	c) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>・経営状況の分析は法人の役割である。毎月開催される経営会議で、その収支実績、利用者動向、職員配置、計画の進捗状況等を検討している。これらは、中期経営計画や次年度の事業計画に反映される。経営状況の分析結果や改善課題等は、グループ会議を通じて各事業所への周知がはかられ、当事業所では、職員会議、朝礼を通じて職員に周知させている。</p> <p>・また、当事業所でも、当事業所経営にかかる情報は、毎月の利用者動向等の実績を集計して、グループ会議に報告している。</p>	
II-1-1(1)-③ 外部監査が実施されている。		評価
判断基準	a) 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。	a
	b) 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。	
	c) 外部監査を実施していない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>・各事業所においては、外部監査を実施していないが、法人として公認会計士による外部監査を実施し、その結果は経営会議などで共有される。現状では改善を要するほどの特段の指摘は受けていない。</p>	

## Ⅱ-2 人材の確保・育成

Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		評価
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。		
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の、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。	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の、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>必要な人材や人員体制に関する具体的なプランは、法人の方針に基づいて整備されている。法人は、「キャリアパス運営手引き」を作成して体系的な人材育成の方策を明示し、求める人材像を明らかにして人事管理や研修を計画的に行っている。</li> <li>当事業所の人員数は倉敷市との業務委託契約書で定められている。法人の方針に基づいて、臨床心理士を含む2名の心理専門職々員を配置して、サービスの質の確保を図っている。</li> </ul>	

Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。		評価
判断基準		
判断基準	a) 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。	a
	b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。	
	c) 定期的な人事考課を実施していない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人として人事考課制度を実施している。人事評価はすべての職員を対象として年2回行っている。その都度、人事考課の目的、仕組み、手順、キャリアパスについて周知させている。「業務・目標管理評価シート」で、まず、主要業務をPDCAで自己評価し、次に、要素別評価シートで貢献度、意欲・態度、業務遂行能力を自己評価し、そのうえで個別面談を実施している。</li> </ul>	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		評価
Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。		
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ている。	a
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータは法人事務局が確認し、管理者は職員会議で報告している。法人として昨年度から毎週1回の「定時退社デー」を設けて、職員の時間外勤務の削減に努めている。しかし、「定時退社デー」以外の勤務日の時間外勤務の増加が認められたため、業務改善委員会を設置して、ワークライフバランス(仕事と家庭の両立)の推進を基本に、職員の意識を確認するアンケートを企画し、改善策を検討する予定である。</li> <li>当事業所では、管理者が月末に職員の勤務表を確認して、勤務状況、休暇取得状況を定期的にチェックしている。来談者が希望する来所時間に相談に応じたり、会議時間により超過勤務とならないようにするために、一日の勤務時間内で柔軟に就業開始時間を設定できる仕組みを導入している。毎週1回開催する職員会議は事例検討に留まらず、職員が業務全般について相談できる時間として定着してきている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>更なる改善として、業務改善委員会が職員の就業状況や意向を確認するアンケートを企画しているので、分析結果に基づくさらなる改善策の検討を期待する。</li> </ul>	

II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。		評価
判断基準	a) 職員の福利厚生や健康の維持するための取組を実施している。	a
	b) 職員の福利厚生や健康の維持するための取組を実施しているが、十分ではない。	
	c) 職員の福利厚生や健康の維持するための取組を実施していない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として福利厚生センターへ加入して福利厚生事業に取り組んでおり、健康診断について助成制度が利用できる。県独自の退職共済制度である岡山県民間社会福祉従事者共済制度に加入している。互助会制度があり、サークル活動や弔慰金の制度などを整えている。法人は昨年度ハラスメント相談窓口を事業グループ毎に設置し、男女各1名の相談員を配置している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・更なる改善として、ハラスメントに関する相談実績はなく、また、相談実績がないことの原因分析も行っていないが、ハラスメント問題の性質上、予防活動は大切であり、日ごろのハラスメント行為の点検や研修の企画など、さらなる取り組み強化に期待する。</li> </ul>	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		評価
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。		a
判断基準	a) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分ではない。	
	c) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の人材育成の方針と体系は「キャリアパス運営手引き」で明示している。法人は、①使命感、倫理観を有する職員、②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、③福祉制度の変革や利用者・家族・地域の人々の信頼と期待に応えられる資質と能力を備えた職員の育成をめざして、階層別研修、分野別研修、OJTによる研修を定めている。教育研修委員会が設置され、体系的な研修の企画実施を行う体制を整備している。</li> <li>・さらに当事業所では、業務の特性を考慮して期待する職員像の案を作成している。求めている人材像は、①障害についての基礎知識を持ち、利用者の困り感に寄り添える職員、②関係機関とうまく連携の取れる職員、である。さらに、職員には、①さまざまな相談に応じることで、幅広い対応力を身につけること、②学ぶ姿勢を持ち続けてくれること、を期待している。管理者と職員は互いの業務を調整して、行政が行う研修や外部機関が主催する研修会に参加する機会を設けて職務遂行上に必要な知識や技術の修得を促している。</li> <li>・社会福祉士国家資格等の法人運営に関連する資格取得には、補助制度がある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・更なる改善として、期待する職員像は今はまだ管理者の案であるが職員とも議論を重ね、当事業所の職員像として明示されることを期待する。</li> </ul>	

II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。	b
	b) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。	
	c) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・キャリアパス運営手引きに基づき、法人では、教育研修委員会が階層別研修と実践発表報告会、テーマ別専門研修を企画実施している。当事業所は、法人が企画する階層別研修に参加する機会がある。さらに事業グループが開催する「疾患(てんかん)」や「障害(認知症)」に関する研修、制度(障害福祉制度や介護保険制度)や介護技術の研修に参加する機会がある。その他、権利擁護や、虐待防止、差別解消、救急法など多彩な研修計画が策定され計画に基づいた取り組みが行われている。</li> <li>・当事業所では、法人が実施する研修に加えて、法人外部の発達障がい支援コーディネーターや関係機関が合同で定期的開催する事例検討会に参加し、新しい実践技法や知見を得る取り組みが行われている。</li> <li>・参加した研修の内容は記録化され、職員会議で共有している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員育成に関する方針を明示し、体系的な研修計画を構築して取り組んでいるものの、それらは主に職務や経験年数を要件としているものであって、必ずしも職員一人ひとりの教育・研修計画に基づいて取組まれているものとは言い切れない。</li> </ul>	

II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) 研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。	b
	b) 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。	
	c) 研修成果の評価が定期的に行われていない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外部研修に参加した場合は復命書を提出し、管理職に研修報告をするとともに、職員会議で研修内容を報告している。研修成果は支援内容に反映させるので、職員会議の事例検討の中で、研修成果を評価するようにしている。法人内での研修については、教育・研修委員会に個別に希望する研修テーマを提出することができ、採択されれば次年度の研修計画反映させることができる。</li> <li>・業務遂行に有効と判断した研修(例えば、「発達障害者の生活支援と障害年金」など)は、個別の研修として参加できる仕組みがあり、職員の育成や質の向上に向けて、研修に参加しやすい体制が確立されている。</li> </ul>	
	<p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修報告の共有や次年度研修計画への反映の取り組みはあるものの、職員一人ひとりの教育・研修計画はないため、定期的に個別の評価・見直しを行っているとは言い切れない。職員個人の研修課題を明確化して育成に取り組むとともに、その評価を適切に行って次年度の計画に反映するよう、さらなる取り組み強化に期待する。</li> </ul>	

Ⅱ-3 安全管理

Ⅱ-3-1(1) 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。		評価
Ⅱ-3-1(1)-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。		
判断基準	a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	a
	b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	
	c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>・法人にリスクマネジメント委員会、交通安全・防災委員会、安全・衛生委員会を設置して体制を整備している。</p> <p>・当事業所のリスクマネジメント体制は責任者を1名指名し、管理者が管理する体制を構築している。「ヒヤリはっと発生処理報告書」「事故発生処理報告書」「意見・苦情・要望発生処理報告書」には責任者と管理者が事実を確認し、分析し、対応を確認・押印する欄を設けており、さらに発生から概ね1か月経過後のフォローアップを実施した結果を記載する欄を設けている。今年度、4月～8月末までの間のヒヤリはっとの発生は3件であるが、内容と対応、1か月後のフォローアップの状況を職員会議で報告するとともに、毎月集計報告して職員全体で把握している。</p>	

Ⅱ-3-1(1)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。		評価
判断基準		
判断基準	a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	a
	b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	
	c) 感染症の予防策が講じられていない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>・法人は感染症予防と発生時のリスクに対応する、感染症対応マニュアルを作成している。法人では看護師連絡会が中心となり、感染予防や対応の勉強会を年に1回実施している。マニュアルの見直しは、看護師連絡会が中心になり行っている。当事業所ではマニュアルを書庫に保管し、全職員に周知している。集団感染を想定して、看護師連絡会の指導の下で手洗い研修を実施するとともに、嘔吐処理キットを事務所に常備して、使用法や内容の確認を年度当初に行っている。職員が感染症を発症した場合は、法人の規定に従い、感染源とならないために欠勤するなど、適切な対応がなされている。</p>	

Ⅱ-3-1(1)-③ 非常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		
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>■ 取り組み状況</p> <p>・法人では、非常災害時に備えてハザードマップを作成し、緊急時対応マニュアル(地震、火災、台風、浸水、津波、積雪など)を整備して対応体制を定めている。</p> <p>・当事業所では、管理者が責任者となって避難誘導などの役割を定めている。災害発生時の避難場所や避難経路を定め、年間計画に基づいて消防署と合同の防災訓練を実施している。さらに、併設事業所と合同の避難訓練を、利用者の参加を得て、年1回開催している。また、利用者が発作を起こしたと想定した訓練や、図上訓練などを実施している。非常時に備えた持ち出し袋など整備中である。</p> <p>・(訪問調査後)管理者は、法人の相談事業所を始め法人全体で共有できるようリスクマネジメント委員会でも検討してもらう予定があることをコメントしてきている。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>・法人のマニュアルにしたがって対応することになっているが、当事業所管理者は災害発生時の利用者及び職員の安否確認の方法や初動時の対応方法、福祉サービス提供を継続するための具体的な対策、地域町内会との連携等について十分ではないと認識し、併設の地域生活支援センターの担当者との話し合いが始まっている。非常災害時における利用者の安全確保策が充実したものとなるよう成果が期待される。</p>	



Ⅱ-4 地域との交流と連携

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		評価
Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。		
判断基準	a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	a
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>・本年度の事業計画において、当事業所を含む事業グループが大切にしたい価値観を「夢・将来をともに考え、かなえていく」とし、重点目標の一つに「地域で支えあう環境づくり」を掲げている。具体的には「障がいがあってもなくても暮らしやすい倉敷地域にしていく」、「地域の方に事業所、障がい者について知っていただく」を重点方針としている。具現化の一つとして毎年、発達障害の啓発を目的として、障がい当事者等による基調講演やシンポジウムを内容とする「くらしき発達障がい支援フォーラム」を主催し、昨年は200名近い参加者があった。今年度は12月上旬の開催を予定している。また、倉敷地域自立支援協議会及び倉敷市との共催によるフォーラムにも参画しており、講演会の他、地域の障がい者施設や当事者参加による多彩な催しが組まれている。今年度は約1500名の参加者があった。利用者個別には、地域に出かけて行きやすいように、趣味の買い物情報を提供したり、利用者地域の行事や活動に参加したり、役所の手続きなどで必要な場合は個別に同行支援も行っている。</p>	
	<p>■ 改善課題</p> <p>・更なる改善として、発達障害をもった人を含めた地域住民を対象とした、関係する社会資源や制度の改正などの情報提供や、事業所独自に発達障害の理解の助けになる情報提供（例えば、掲示板による通行者への情報提供、当事者の記事を掲載した「おたより」などの掲示やポスティング等）、また、地域住民との双方向の交流を目的とした地域行事への当事者参加の支援などについても、計画に基づいた実施が期待される。</p>	

Ⅱ-4-(1)-② 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		
判断基準	a) 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) 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) 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>■ 取り組み状況</p> <p>・事業計画で「地域で支えあう環境づくり」を掲げ、事業所が有する機能を地域に還元することを明示している。発達障害について市民の正しい理解を深めていくために、当事業所が毎年、主催している「くらしき発達障がい支援フォーラム」では障がい当事者による基調講演やシンポジウムを企画、担当し、昨年は200名近い参加者があった。また、福祉作業所の職員や雇用主、教育関係機関からの相談や講演依頼に応じ、親の会や当事者会では困りごと相談会での助言者として対応している。さらに、発達障がい者就労支援関係者連絡会と連携して、就労のための総合支援体制を整備する取り組みを進めている。</p>	
	<p>■ 改善課題</p> <p>・更なる改善として、この項目では、事業実施の記録を求めているので、評価基準から外して評価を行ったが、例えば、上記の個々の取り組みに関しても「記録」（年間の計画に載せる、実施に伴う企画・役割分担等の具体的な計画、終了後の振り返り記録など）の整備を期待する。</p>	

Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア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		
判断基準	a) ボランティア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) ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>・併設事業所のサロンイベントに参加することを通して、ボランティアとの関わりがあるが、当事業所ではボランティアの受け入れはこれからの課題である。</p>	
	<p>■ 改善課題</p> <p>・管理者は、ボランティア活動が地域社会と発達障がい当事者をつなぐ柱であるとの認識をしているが、当事業所の相談支援、発達相談、就労支援、機関連携、普及啓発・研修の、どの場面でボランティアの計画的な受け入れの実施が可能かについての検討はこれからである。事業所の特徴を考慮しながらさらなる検討を期待する。</p>	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		評価
Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。		
判断基準	a) 事業所の役割や機能を達成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、その情報が職員間で共有されている。	a
	b) 事業所の役割や機能を達成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るが、その情報が職員間で共有されていない。	
	c) 事業所の役割や機能を達成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>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関や福祉事務所、公共職業安定所などの相談機関、利用可能な地域内の公共施設の一覧やパンフレットを体系的に、利用しやすくファイルに保存し、職員がいつでも活用できるようにしている。併設事業所との合同朝礼で情報を共有している。</li> <li>・収集した社会資源を利用者に提供するに際し、障害特性に配慮した工夫をしている。例えば、施設紹介では、倉敷地域自立支援協議会参加関係機関と協働開発した「倉敷地域社会資源マップ」を用いて説明をしている。このマップには、写真を用いて利用を考えている施設の一日の流れや作業の様子を示したり、作業工程や開所時間、スタッフや利用者のコメントなども工夫して提示されている。</li> <li>・管理者は、福祉資源に留まらず、利用者の趣味や生きがいを豊かにするために利用できる地域の一般的な資源情報も収集し、提供したいと考えている。特に、発達障害があってもふれあいや交流が豊かに交わせる資源を数多く見つけたいと考えている。</li> </ul>	

Ⅱ-4-(2)-② 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		
判断基準	a) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。	a
	b) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。	
	c) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・倉敷地域自立支援協議会の幹事会及び部会に、それぞれ管理職と職員が参加し、関係機関と協働し、発達障害をもつ人の特性に配慮した「倉敷地域社会資源マップ」の作成や、B型・Ⅲ型事業所研修会（就労継続支援B型事業と地域活動支援センターⅢ型で構成される研修会）の企画運営に参画し、共通する就労支援の問題に取り組んでいる。さらに、発達障害者支援関係者連絡会議など県内4つの連絡会に定期的に参加して、具体的な課題や事例検討を行っている。「発達障がいのある人への就労相談ハンドブック」の作成など、県内の関係機関と連携して、支援対象者がもつニーズに応えられるよう取り組みが行われている。</li> </ul>	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		評価
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。		
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。	b
	b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所では、県内事業所の共通様式である「業実施報告書」から、例えば、当初は乳幼児の相談が中心だが、徐々に成人で発達障害の診断を受けていない者の相談が増えてくる傾向が他市町にもあることなどを把握している。管理者は、この集計データを利用者のニーズを把握するツールとして、より一層活用したいと考えて取組んでいる。</li> <li>・本年度の事業計画では、地域公益活動として、ひろば栗の家を中心として地域ニーズを把握するとしているが、具体的なニーズ把握としての取り組みを記録では確認できない。</li> <li>・(訪問調査後)組織運営の改善につながると思われる利用者ニーズを、日々の個別相談の中から収集する取り組みが始まっている。関わりの都度把握されたニーズはPCニーズファイルに入力するようし、職員会議でこれらニーズについて検討するなど、ニーズ把握の仕組みの充実を図っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本評価項目では地域の福祉ニーズを把握するために計画的に取組まれているかを問うている。例えば、相談事業を活性化させて意図的、積極的にニーズを把握する取り組みが着眼点となっている。当事業所では、上記したような新たな取り組みを始めている。今年度は試行段階にあると思われるが、今後の継続と、一般住民を対象とするような相談活動・フォーラムなど多くの人が集まるような企画・参加した研修で把握したニーズなども「記録」していくことも考えられる。今後に期待したい。</li> </ul>	

II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。		評価
判断基準		
判断基準	a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があり、実施されている。	b
	b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。	
	c) 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・岡山発達障害者支援センターが開催する研修会に参加するとともに、県内の成人期相談が多い市町との連絡会や定期開催される就労支援連絡会に出席している。管理者は、当事業所が把握している「青年・成人で発達障害の診断を受けていない者の相談が増えている」傾向は全県的な動向が予想されるとの感触を得ており、今後の活動の計画に活かそうと考えている。当事業所では利用者の相談傾向を把握し、「高齢・障害・求職者雇用支援機構」の就業支援基礎研修受講計画や福祉サービス以外の地域資源の発掘などを実施しているものの、現状は事業計画化されていない。次年度は計画化を予定している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会福祉事業所には、地域の福祉向上に資する役割が期待されている。そのためには、例えば、会議への参加、地域住民への相談会、あるいはニーズ調査等で把握したニーズは、組織としての集約・内容の分析・当事業所のサービス対象か否かの検討・対象外ニーズの処置・対象ニーズの実施計画化などの一連のプロセスを確実に実施するための継続性のある組織作りが求められる。</li> </ul>	

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-1(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		評価
Ⅲ-1-1(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。		
判断基準	a) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。	b
	b) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重した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>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人は「利用者満足」の追求を基本方針のひとつに掲げ、様々な方法で利用者・職員への浸透を図っている。事業所ではこれをうけて、利用者本位の支援について事業所固有の基本方針の策定を目指している。実践面では、利用者の意向を重視した支援を心掛けていることが職員へヒヤリングから推察できる。</li> <li>権利擁護や虐待防止、差別解消法の理解など、利用者の人権に関わる研修が法人内の体制として実施され、当事業所では全職員がこれを受講している。</li> </ul>	
	<p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>総じて、利用者を尊重した福祉サービスの提供についての基本姿勢の明示、職員が共通理解を持つための取り組みはこれからである。</li> <li>法人の「利用者満足」も、社会福祉分野でよく使用される「利用者の尊重」も抽象概念なので解釈が多様化する可能性が高い。そうした意味で当事業所なりの基本方針作りは、事業所職員が共通認識の下、現場に即した実践として具体化しやすいという点で重要な試みである。十分な意思疎通のもとに実践のベースとなり得る基本方針の誕生が期待される。</li> <li>利用者個別の相談支援に際して、事業所のサービス体制(支援の方法や対応職員など)の明示、当事者や家族などと個別支援計画を共有するという取り組みも、(利用者尊重の一側面)利用者の意思決定を尊重する重要なポイントとであり、今後に期待する。</li> </ul>	

Ⅲ-1-1(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。		評価
判断基準		
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、職員に周知するための取組を行っている。	C
	b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、職員に周知する取組が十分ではない。	
	c) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>プライバシー保護に関する規定・マニュアルの策定やこれに関する研修等は実施されていない。実践面では、面談場面での配慮や、他機関との連携時には、例えば、当事者が関係機関に話して欲しくないことを事前に確認するなど、利用者のプライバシーに配慮した支援が行われている。</li> </ul>	
	<p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ここでは、実践状況ではなく利用者等のプライバシーを保護するための体制の整備状況を問題にしている。良質なサービス提供ができる事業所としての継続性という観点から、プライバシー保護の考え方や実践面でのあり方等について文書化して残すと同時に職員に周知を図る必要性はある。また、相談事業所として、リーフレットやHPなど、利用者向けの情報媒体にも、プライバシー保護や秘密保持といった文言を示しておく必要を感じる。</li> </ul>	

Ⅲ-1-1(1)-③ コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。		評価
判断基準		
判断基準	a) コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	b
	b) コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫が十分ではない。	
	c) コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>発達障害をもつ人を対象とする事業所だが、コミュニケーション能力を高めることを相談の主訴とする人はほとんどないという。しかし、実践面では、例えば、就労などを目的とした場合、関係機関や事業主とのコミュニケーションがうまくいこう、職員が独自に開発したシートを用いたり、ロールプレイ・STなどの技法を活用するなどして、目標解決に必要なコミュニケーションスキル向上の支援は行われている。</li> <li>情報の理解や発信に障害をもつ人を対象とする事業所であり、利用者支援においてコミュニケーション上の配慮は職員にとって極日常のことになっていると考えられる。筆談、ジェスチャーなど当事者にあつた方法でコミュニケーションし、独自開発のシートなども用いているほか、関係者からの情報収集や当事者をよく理解している人の同席など、当事者を十分に理解し、相談に応じるための配慮はされている。</li> </ul>	
	<p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>着眼点として求められている「個別支援計画に基づく」コミュニケーションスキル向上の支援が課題である。</li> <li>地域生活におけるコミュニケーション上の利用者の課題は当事業所の個別支援計画にはあまり確認できない。例えば、就労という目標に向かって、コミュニケーション上の障害があるとすれば、どのようなときに、何が原因で発生しているかをアセスメントして、その適応を支援することになるので、個別支援計画化をし、目標や課題を利用者と共有して支援を実行するということが求められている。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(1)-④ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。		評価
判断基準	a) 見守りと支援の体制が整備されている。	b
	b) 見守りと支援の体制の整備が十分ではない。	
	c) 見守りと支援の体制が整備されていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>・管理者は、支援上利用者ができることは見守ることを基本方針にしているとしており、ヒヤリングを通じて職員がそれぞれに利用者主体の支援を実施しているのではないかと推察された。毎週行われているケース検討場面では、利用者主体を軸に意見が交わされていることもうかがえる。当事業所の業務は、事業所内での面接が中心であって、なかなか日常生活場面の利用者に接する機会がないという。例えば、ハロワークなどへの同行による支援場面では、当事者の後方に位置して実際に行為を見た上で、必要があれば助言をするといった、利用者が自力で行える行為を見守りつつ適宜・適切な支援を行うようにしていると、管理者は述べている。</p>	
	<p>■改善課題</p> <p>・評価項目が求めている見守りと支援の「体制」は、上記の取り組みの基準となるものが明示されており、それに基づいた実践を、会議録や支援記録などに記録することが決められ、紙面上で実践が確認できるということである。当事業所の業務を当てはめると、支援の原則である「利用者主体」の支援を見守り(支援)とする条件、助言や手を貸すなど具体的な支援行為をする条件などを、事業所として明確化して職員が共有しておくことではないかと考えられる。当事業所を利用する人に対して、こういった支援方針であることをわかりやすく説明し、納得を得ることも利用者主体の支援としては重要ポイントとなる。</p>	

Ⅲ-1-(1)-⑤ 利用者の主体的な活動を尊重している。		評価
判断基準	a) 利用者の主体的な活動が尊重されている。	b
	b) 利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない。	
	c) 利用者の主体的な活動が尊重されていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>・「利用者の主体的活動を支援する」という事業所としての支援方針は明確ではないが、個別支援の中でそういった意向が確認されれば、担当者が中心となって実現できるように助言等の必要な支援は実施しているという。例えば、当事者会を立ち上げることの相談については、助言をし、その後の活動支援も当該利用者の出方を待って行うなどである。</p>	
	<p>■改善課題</p> <p>・当事業所では当事者が訴えてくる課題(持ち込む課題)解決中心の支援が行われている。この評価項目が求める事業所からの働きかけを含めた「活動」の支援は、事例があまりないという印象を持った。今後は、障害をもったひとに対するエンパワーメントの理念などを下敷きにして、地域生活における利用者の主体的活動の実現、その継続の支援、生活の幅を広げる支援等を事業所の支援方針にとり込み、その考え方や支援の範囲等の決めごとが必要に思える。また、併設されている地域生活支援センターとの協働活動として、今後の取り組みを検討することも一案ではないかと思われる。</p>	

Ⅲ-1-(1)-⑥ 利用者のエンパワーメントの理念にもとづくプログラムがある。		評価
判断基準	a) 利用者のエンパワーメントの理念にもとづくプログラムがある。	b
	b) 利用者のエンパワーメントの理念にもとづくプログラムが十分ではない。	
	c) 利用者のエンパワーメントの理念にもとづくプログラムがない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>・改めてエンパワーメントの理念として明確化しているわけではないが、個別相談の中で利用者の要望や必要性によって障害理解、交通機関の利用、対人交流、身のまわりの片づけ等の「地域生活スキル」を習得(気づきを含む。)するための支援が行われている。</p> <p>・自己表現にまつわる課題は、当事業所が対象とする障害の最も大きな課題と言える。これに対しては、ロールプレイやSSTなどの手法も取り入れて支援をしているとしている。</p>	
	<p>■改善課題</p> <p>・障害をもった人を対象とする支援には、地域生活、社会生活におけるエンパワーメントを目的とした支援の提供という姿勢を根底にもったサービスの提供が期待されている。その実践としてのプログラム(講座の開設など)がこの評価項目では求められている。併設する地域生活支援センターと協働した取り組みも想定される。</p>	

Ⅲ-1-(1)-⑦ 虐待(拘束、暴言、暴力、無視、放置等)や体罰による人権侵害の防止策や、万々に備えての取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 虐待等をなくすための具体的な取組が行われている。 b) 虐待等をなくすための具体的な取組が十分ではない。 c) 虐待等をなくすための具体的な取組が行われていない。	b
講評	■取り組み状況 ・当法人の自立支援事業グループとして障害者の権利擁護、虐待防止、差別解消法などについての職員研修を実施しており、当事業所職員も受講している。 ・事業所職員が虐待やその恐れのある事案に遭遇した場合には、管理者に報告をして対応を管理者が検討することになっている。 ■改善課題 ・経験の浅い職員で構成されている現場や小規模事業所では、十分な検討や適切な判断ができない可能性もあり、管理者の上長を含めた対応の検討等、小規模事業所だけが責任を背負い込むことがないような仕組みづくりが必要と思われる。当事業所にあつては、併設の地域生活支援センターと合同で検討することやグループ統括も含めた意思決定の仕組みを明確化しておく必要性が感じられる。 ・本評価着眼点では、当該事案が発生した場合の職員の処分規程の作成や防止策を講じる仕組みづくりも求められている。	

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		評価
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。		b
判断基準	a) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示され、利用者満足を把握する具体的な仕組みを整備している。 b) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。 c) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されていない。	
講評	■取り組み状況 ・「利用者満足」の追求は、法人の基本方針のひとつであり、法人発行の会報への掲載や各事業所内の掲示などによって明示し、外部・事業所内周知を図っている。法人は定期的第三者評価が検討されており、当事業所にとっても利用者調査が定期実施になる可能性はあるが、現段階で法人の動きを当事業所として知らされていないため法人方針を評価し得ない。 ・今年度は、組織運営の改善につながると思われる利用者ニーズを、日々の個別相談の中から収集する取り組みが始まっている。関わりの都度把握されたニーズはPCニーズファイルに入力するようにし、職員会議でこれらニーズについて、サービス改善を目的とした組織運営への反映の是非を検討するなど、利用者満足につながるニーズ把握の仕組みの充実を図っている。 ■改善課題 ・この項目の着眼点は利用者満足の上昇を目指す姿勢の明示とともに、利用者満足を継続的に把握するための定期的調査の実施である。実践としては、例えば、第三者評価による利用者調査を織り交ぜ、併設する地域生活支援センターと協働して年一度程度の利用者満足独自の調査を実施することも一案ではないかと思われる。	

Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取組を行っている。		評価
判断基準	a) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備され、実際にその向上に向けた取組を行っている。 b) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されているが、その向上に向けた取組が十分ではない。 c) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。	b
講評	■取り組み状況 事業所では、利用者満足に関する調査担当を改めて決めてはいないものの、実態としては、利用者満足に関わる単発的調査等は、管理者が中心となって職員会議において全職員での検討に基づいて実施している。 ・今年度は、第三者評価に伴う利用者調査の他に、障害をもつ人の差別解消法の施行に伴い、当事業所利用者に適したより一層の環境整備「合理的配慮」を具体的に進めるために、相談環境に対する利用者調査を実施している。これらの結果分析に基づいた具体的改善は、これからである。(なお、事業所がこの項の自己評価で示しているご意見箱については、「Ⅲ-1-(3)-②苦情解決の仕組み」の項で扱う。) ■改善課題 ・利用者満足の把握を担当する責任者の明確化および実施時期、把握した内容分析と改善への流れなどを事業所としてまとめ明文化すること(いつ、だれが、いつまでになど)。	

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		評価
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。		
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談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相談方法や相談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、相談方法や相談相手を選択できない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者からの相談は、まずは電話で受け、その後、利用者状況に合わせて来所・訪問による方法が取られる。臨床心理士を含む男女2名の心理専門職が相談にあたり、どちらも概ね利用者にとって話しやすい雰囲気の中で面談を行っている利用者調査の結果からも推察される。また、相談に際しては性別に対する利用者の思いに配慮し相談者を替えることができることを説明しているという。一方、構造的環境面として相談室は、急勾配の階段上がった2階にある他、隣室から電話の受信音や人声がはっきりと聞こえる環境である。管理者は、利用者の個別事情によっては併設事業所の部屋を借用するなどの工夫をして対応しているという。相談室の遮音について法人としても改善の方向で取り組んでいるとみられる。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談方法や相談者を選択できること、来談者の守秘などを明記して利用者に示し、また、事業所の継続・改善のためにこれらの文書を残すことが必要と考えられる。</li> <li>・専門の相談機関として構造的環境が一日も早く改善されることが望まれる。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。		評価
判断基準		
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>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情解決に関する当事業所の取り組みは、苦情受付窓口及び解決責任者を年度始めに決め相談室入り口には法人の苦情解決規程を掲示し、また苦情や意見の収集策として相談室にはご意見箱を設置するなどである。苦情等の内容や対処内容についての公表については法人として定めていない。</li> <li>・今回の利用者調査では、苦情解決体制の周知率は24.2%であった。苦情解決制度にたいするこれまでの法人の取り組みについて、十分な浸透が図られていないとみることができる。</li> <li>・意見箱については、設置されているものの利用者等に使用された形跡は確認されていず、その改善への検討もされてこなかった経緯がある。</li> <li>・(訪問調査後)管理者は、ご意見箱が有効活用されるよう改善を目的として、併設事業所との協議が始められているとコメントしてきている。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情解決に関する利用者へのわかり易い掲示や説明、第三者委員に関する事項の明示といった点で課題がある。</li> <li>・「福祉サービス第三者評価基準ガイドライン」(全社協)では、「第三者委員が設置されていない場合、第三者委員への連絡方法が明示されていない場合、解決に係る話し合いの手順が定められていない場合、苦情解決状況の公表を行っていない場合は、『C』評価」とすると定められている。社会福祉法において、利用者等からの苦情の適切な解決に努めることが求められているので、法人をあげて各事業所の実施状況の点検と、体制の見直しに取り組む必要性が感じられる。当事業所にあつては、この制度を十分に理解すること、掲示物は利用者への周知と理解を得ることが目的であることに鑑み、現状を見直し改善することが必要と思われる。これ等、利用者には活用される仕組みづくりについては、併設の地域生活支援センターとの協働も考えられる。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。		評価
判断基準		
判断基準	a) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。	b
	b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。	
	c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者意見等に対する対応のマニュアルといったものはないが、法人各事業所に共通していると見られる「意見・苦情・要望発生処理報告書」は、苦情の原因、原因の「除去策」の検討と実行、ひと月後のモニタリング、再発時の対応等の手順で改善に向かうように工夫されている。</li> <li>・管理者及び職員へのヒヤリング内容から、利用者からの個別要望等は個別支援として解決していると思われた。受け付けた苦情は、法人の書式に基づいて記録され、当事者に対応を伝え、再発防止策を実行した後、その見直しも行っている。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者からの意見要望(苦情を含む)を事業所として、サービスの改善(運営の仕組みや支援方法の改善でもある)に迅速に活かすための仕組みづくりを求めている評価項目である。</li> <li>・私見だが、利用者が「苦情です」と言っ出るには勇気がある。そのため人知れず活用できる「ご意見箱」の設置は一案ではある。しかし、「ご意見箱」を主要な利用者意見収集の方法と位置付けるためには事業所としての工夫の積み上げが必要なのではないかと感じている。そこで、相談支援の過程で捉えられる個人的な要望の背景に事業所全体として改善の参考となる要素を見出す手だても重要と考えている。相談援助の過程で感じられる(組織への)要望の記録、改善に向かう検討とその記録などについて事業所全体が継続して取り組めるよう仕組みづくりも一策である。当事業所ではこのことに着手しているので、結果の報告を期待して待ちたい。</li> </ul>	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		評価
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。		
判断基準	a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。	b
	b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。	
	c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <p>・質の向上に向けた取り組みとして法人は、事務局に第三者評価の窓口を設置し、法人全体の事業所について第三者評価の定期的実施を打ち出している。相談事業に関しては、全国の第三者評価推進組織(全社協)でも評価尺度が検討されていず、第三者評価に関するガイドラインがないが、評価尺度の開発を認証評価機関マイアヘルプユーにあずけ、27年度のモデル評価に続いて今年度当事業所の評価に至っている。当事業所に関する今後の第三者評価予定は、事業所としては未定である。</p> <p>■改善課題</p> <p>・当事業所が法人方針に基づいて、第三者評価実施を事業のPDCAサイクルに位置づけられるような取り組みが必要と思われる。</p>	

Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。		評価
判断基準		
判断基準	a) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしている。	b
	b) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、十分ではない。	
	c) 実施した評価の結果を分析し、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>■取り組みの状況</p> <p>・法人としては、各事業所における第三者評価結果の分析や取り組むべき課題の設定を各事業所の主体性に委ねてきたが、今年度は、当事業所が所属する自立支援事業グループで共通する課題について改善の取り組みが方向付けられている。当事業所もこれを受けて、事業計画に反映して改善に取り組む方向でいる。また、管理者は、今回の第三者評価の過程を通じて把握された課題の改善にも取り組む意向を示し、管理者の職務分掌の明確化や個別相談から組織運営やサービスの標準化として取り込めるニーズの収集とその記録など、既に改善に着手したのものもある。</p> <p>■改善課題</p> <p>・改善は、時宜を得た随時の改善も必要だが、基本的には、いつまでに改善に取り組むとするのか、分析をいつ・誰がおこなうのか、その記録をどうするか、事業計画との関連は、などを決めて仕組化しておくことが、良質な組織の継続性にとって重要と思われる。2人体制の事業所で定期的に職員会議が開催されているので、取り組みやすい組織であろうと推察される。また、併設の地域生活支援センターとも協働し、共通の改善課題として取り組むこともあり得ると考えられる。</p>	

Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。		評価
判断基準		
判断基準	a) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施している。	b
	b) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施しているが、十分ではない。	
	c) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>・法人全体で第三者評価の結果を活用して組織やサービスの質の改善に取り組む方針があり、当事業所が所属する事業グループでも共通課題について検討されている。これを受けて当事業所では、標準化を進める書類整備、成年後見制度の利用に関する勉強会の実施などを計画化して進めている。</p> <p>■改善課題</p> <p>・事業計画化して改善をする点は重要であるが、今年度提示されたものは計画そのものが分かりにくい。実効性の点から、誰もが内容の理解ができる表現、各計画の実行責任者・目標・取り組み期間なども合わせて記載した計画である必要を感じる。また、本年度は、第三者評価を当事業所として実施しているので、その結果を確実に改善に活かせる事業計画として、次年度計画は、更にきめ細かな分析と実施計画が必要となると思われる。</p>	



Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		評価
Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。		
判断基準	a) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。	b
	b) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。	
	c) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当事業所が提供するサービスの標準化策として、相談を受理した後の流れや就労支援等のマニュアルは策定されている。しかし、必要なものすべてを整えているわけではないとの自己評価であり、今後整備すべきマニュアル等はある程度、認識されていると思われる。また、小規模事業所である当事業所としては、留意事項等について文書化されたものがなくても、定期開催している職員会議や日常業務でのコミュニケーションによる情報共有も可能な状況にあると思われる。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>良質なサービスの継続性(異動等による引継ぎを含む継続性)と見直しの基点としても、個々のサービスの標準化を示した誰にでも理解可能な文書は欠かせない。中でも、相談事業の場合、利用者のプライバシー保護に関する考え方や対応の文書化は重要である。今後の取り組みに期待したい。</li> </ul>	

Ⅲ-2-(2)-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		
判断基準	a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを行っている。	c
	b) 標準的な実施方法について定期的に検証しているが、必要な見直しを行っていない。	
	c) 標準的な実施方法について定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>総じて、事業所独自の取り組みについていえば、事業の標準化を目的とした文書は極めて少ないといった状況ではあるが、職員が気づいた点や改善について随時話し合われていると推察される部分が多々あった。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>現状では、標準的な実施方法を見直す仕組みはもっていない。職員会議を活用し、「見直し」を議題とした意図的取り組みも考えられるが、必ず、記録を残すことが、「次につながるポイント」と思われる。</li> </ul>	

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		評価
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。		
判断基準	a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。	b
	b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>サービス実施の記録として現在は、相談受付の様式、アセスメントに関係する様式、個別支援計画の様式など、所定のものを用いられている。相談記録については、記録内容や活用について決めごとがなく、2人の職員がそれぞれの考え方や都合で使用していると思われる。担当職員にとっては個別支援計画に基づいた実践であることや相談の経過などが記録からわかるというもの、他者がみてそれとわかる状態にはなっていない。現状では、記録によって利用者を含む外部からの問い合わせに応じられるとは考えにくく、受理に関するものほかは、組織に帰属する記録とは言いがたい。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>諸記録は、組織に所属する公式文書であり、事業や実践の証でもある。支援にかかる諸記録はだれが見ても内容が理解でき、その支援の経過や、個別支援計画との関連がわかるものとするのが早急に取り組むべき課題と思われる。この評価項目は、支援の記録には所定の様式が用いられているという点を評点化している。</li> </ul>	

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管理について規程が定められていない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問調査時点では、記録管理者の明示、記録の保管・廃棄等に関する取り決め、利用者等からの情報開示請求の取り扱い方法の取り決め、事業所所管の記録の保管・廃棄の取り決めなどがなされていず、実質的には事業所管理者が実務を担当する状況であった。その後、事業所管理者を記録管理者として明文化し、文書管理に伴う諸規定については今年度中の整備が予定されるようになった。</li> </ul>	
	<p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報保護法の学習など支援に関連する利用者記録管理に必要とされている事項(着眼点に示されている。)への取り組みが求められる。利用者の権利でもある「情報開示」を求められた場合の事業所の対応についても精査・検討し、適切なものとするを期待したい。</li> </ul>	

Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。		評価
判断基準	a) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。	a
	b) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録管理について規程が定められていない。	
講評	<p>■取り組みの</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所が入手する「運営や利用者支援に係る情報」は、法人からのものはエリアネットワーク及び事業グループ会議や拠点会議を通して、また、併設事業所合同の朝礼の場で伝達される。その他、発達障害者支援関係者連絡会議や倉敷地域自立支援協議会など関係機関による会合等や内外の研修などからも情報入手している。事業所に伝達される情報の窓口は実務上は管理者である。管理者は、法人等からの未決定事項以外は、適時、職員との共有化を図っている。職員も同様に研修や会議参加で得た情報は管理者と共有している。利用者に関する情報は、緊急時を除き、原則として毎週開催している職員会議におけるカンファレンスや報告を通して共有することとしている。また、事業所で扱う書類やマニュアル、個別支援計画など利用者支援に関するものは、PCの共有ネットワーク上で共有できるようにしている。</li> </ul>	
	<p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・更なる改善として、職員2名体制の小規模事業所なので、現状の取り組みで問題は発生していないと思われるが、当事業所の状況を勘案すると、現在、定期的で開催している職員会議の場に、例えば、前週に関わった利用者すべてについて(組織として)共有するという目的を加えるなどが考えられる。本評価の中では、事業所における情報の流れ、つまり、事業所に入る情報を分類して、それ等の情報を必要とするポストや職員に確実に伝わるよう流れを明確しておくことを求めている。その一つの方法として、内部でのケース会議や職員会議、PCによるネットワークシステムの活用などが着眼点として提案されている。また、支援記録類の整備も、問い合わせに誰もが応じられるという点では共有されるべきツールであるが、本評価項目では、支援に係る記録類の整備を問うていないので評価根拠としては除外している。</li> </ul>	

Ⅲ-3 サービス(相談支援)の開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		評価
Ⅲ-3-(1)-① サービス利用希望者が適切なサービス選択ができるよう積極的に事業所情報を提供している。		
判断基準	a) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供している。	a
	b) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供していない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <p>・「自分に合ったサービスを探している利用者及びその関係者への情報提供」の媒体について見ると、法人広報委員会による年3回発行の会報が挙げられる。会報には、理事長メッセージや全事業所の取り組み等がわかり易く紹介されている。当事業所ではこれを入り口近くに配備して利用者に供している。事業所ホームページ(H・P)では行事やホットニュースを掲載して、事業所の取り組みが利用者等や関係機関に伝わるようにしているが、更なる改善が検討されている。事業案内としてのリーフレットでは「サービスの流れ」をわかりやすく視覚化し、行政機関、医療機関、保健所、ハローワーク、移行支援事業所など関係各所に配備しているとしている。また、第三者評価を通じて管理者は、事業所案内としてのリーフレットの内容を補足する添付文書を検討したいと述べている。</p> <p>■改善課題</p> <p>・更なる改善として、市民への情報提供についての担当責任者の設置(職務分掌上に明記)、リーフレットのより一層の内容の充実に向けた見直し、リーフレット配布先の管理などが考えられる。</p>	

Ⅲ-3-(1)-② 相談の受理は適切に行われている。		評価
判断基準		
判断基準	a) 相談の受理が適切に行われている。	a
	b) -----	
	c) 相談の受理が適切に行われていない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <p>・利用者からの最初の相談は電話によることが多いが、これは所定の「相談受付票」に記載し、当事業所の対象となると判断された場合には原則として予約来所面談となる。来所しにくい場合は訪問によって受理面接を行うことにしている。</p> <p>・面接時には、来談者が安心して話すことができるよう、より適切な併設事業所の部屋を借りる等の配慮をしている。</p> <p>・また、課題解決のために関係機関への情報提供や家庭状況など身の回りのことについて聴き取りがあることについてもわかりやすく説明し納得を得て進めているという。支援の見通しについては、次の支援を利用者と相談し、その合意に基づいて進めているとしている。</p> <p>・受理面接段階で受理・不受理等の判断が難しい事例については、適宜、職員間ミーティングや職員会議に諮るなどしており、また、必要に応じて県内の基幹的役割を果たす発達障害者支援センターに相談することもできる。</p> <p>■改善課題</p> <p>・相談支援における受理面接は、緊急性の判断やその後の信頼関係の構築という点で重要な位置づけと言われている。当事業所は、職員の資質によってよく対応できていると言えるが、それらを事業所として継続していくための仕組みとして現状は、「相談受付票」と他機関と利用者情報の交換をする場合に用いている「情報提供依頼書」の活用、それに伴う「個人情報提供同意書」などの統一書式であって、その他は、職員のその都度の判断に依っている。より一層、良質なサービス提供のためにも受理面接の質を一定に保ち、かつ、継承するための仕組みづくりが(文書化を含む)望まれる。</p>	

Ⅲ-3-(1)-③ サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意(自己決定)を得ている。		評価
判断基準	a) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者と家族等にわかりやすく説明を行っている。	b
	b) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者と家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
	c) サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者と家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスの開始にあたって、サービス内容の説明には事業所リーフレットが用いられている。当事業所利用の対象者は文字や言葉よりも視覚的な説明が理解されやすい場合が多く、例えば、資料の重要な所は指し示しながら説明をするなどの工夫をしているという。</li> <li>・また、他の事業所の利用が望ましいと考えられる場合には、利用者の意向を確認した上で、提案する事業所について内容の説明をする時間を設け、利用者の選択に応じて当該事業所への引き継ぎも行うなど確実に引き継がれるように努めているとしている。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実践面では、おそらく上記のような支援ができていであろうと推察できる。しかし、サービス開始にあたっての取り組みは利用者(もしくは、その家族など)にとって当事業所の支援方法や内容に納得をして利用を意思決定するスタート地点であるので、この時点での利用者への説明にかかる事項を事業所の仕組みとして定着させる手立ての必要を感じる。また、事業所の支援方針、職員体制、支援の方法等々の説明と視覚化した媒体の工夫も必要であろう。説明に対する利用者の合意は、後々、確認ができる形で残すことが社会福祉現場においても常道となりつつあると感じている。</li> </ul>	

Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		評価
Ⅲ-3-(2)-① 利用者に関わる関係機関の変更などがあった場合にはサービスの継続性に配慮した対応を行っている。		
判断基準	a) 利用者に関わる関係機関の変更などがあった場合にはサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
	b) 利用者に関わる関係機関の変更などがあった場合にはサービスの継続性に配慮した対応を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関わる関係機関の変更などがあった場合の対応として、サービスの継続性に配慮していない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、事業所間で当事者情報を共有するような場合のために「情報提供書」(様式)を具備しており、状況により適宜使用するようになっている。管理者は、当該利用者への関わり具合によって、電話の情報提供にしたり情報提供書を使ったりと手段を変えており、このことは職員間で話し合うことによって、平準化が図られているとの認識をもっている。</li> <li>・サービス終了に向けては、当事者の不安を把握しながら不安解消や軽減を支援するなどして、不安がない状態での移行支援を行っているという。また、最終時には、困ったときには相談に応じることができることや、対人関係に課題を持つ利用者が多いので、相談再開の場合には現担当とは異なることもあり得ることを説明するなどきめ細かな配慮をしているという。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <p>(病院の入退院や施設の入退所、転居等による相談事業所の変更など生活環境に変化があった場合にも、適切な支援が継続されるよう、体制を整えて支援することを期待している項目である。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスの継続性に配慮した支援が行われていることは、いくつかのエピソードから推察される。当事業所にとっては、移行支援に関連する手順(例えば、職員会議に諮る、個別支援計画化する、移行先事業所との連携、緊急移行の場合どうするかなど)や、使用するべき文書(様式)に関する取り決め(例えば、関係機関や事業所へ当事業所が提供しているサービスやそのたの引継ぎ事項、「情報提供書」の使用をしない場合など)等、サービスの標準化のための取り組みが必要である。</li> </ul>	

### Ⅲ-4 (相談)支援計画の策定

Ⅲ-4-(1) アセスメントをしている。		評価
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントをしている。		
判断基準	a) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っている。	b
	b) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めてアセスメントを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するための、アセスメントの手順を定めていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>支援の方向性と内容を決めるアセスメントについて、当事業所では利用者や家族が先ず記入する「相談者記入シート」(様式)がそのための個別情報シートを兼ねている。これを元に、担当職員が利用者や家族から話を聴いて不足分を書き足し、必要であれば利用者が関係している例えば医療機関や通所事業所などから(利用者との合意に基づいて)情報を取るなどして個別の相談計画を策定するところまで、担当職員が単独で行っている。担当職員が事業所内共有の必要性や他者判断の必要性を判断して職員会議に諮ることもあるという。</li> </ul>	
	<p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>現状の取り組み(相談者記入シートや個別支援計画への記載内容など)においては、利用者が描いている生活に向かうために、収集したアセスメント情報をどのように判断したのかといった、アセスメント過程が確認できない。一般には、アセスメントの結果が相談支援の方向性に結びつくのでアセスメント内容の記録は、支援の起点として重視されている。アセスメントの結果(内容)の記載か所を決めておくこと、アセスメントの結果(内容)の検討または確認を職員会議に位置づけること、その議論の記録を残すこと、アセスメントの見直し時期の目安を付けておくことなどは、より適切な相談支援に欠かせない。</li> </ul>	

Ⅲ-4-(1)-② 利用者が地域で自立的に生活するための課題を明示している。		評価
判断基準	a) アセスメントに基づき、地域で自立的に生活するためのニーズや課題を具体的に明示している。	
	b) アセスメントに基づき、地域で自立的に生活するためのニーズや課題を示しているが、十分ではない。	
	c) アセスメントに基づき、地域で自立的に生活するためのニーズや課題が示していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当事業所のアセスメントはいわば担当者の中だけで実施され、文字化されたニーズや課題としては利用者の要望中心に個別支援計画に落とし込まれていると見られる。相談件数の約半数は個別支援計画を策定せず相談支援を行っているが、こうした事例のアセスメント情報及びその判断の過程は、相談記録中に散在していると見られる。</li> <li>当事業所では相談支援の目標として、本評価項目が目指す「自立的地域生活支援」を明示してはいないものの、利用者が持ち込む相談ごとの解決は地域における自立支援の一端と捉えることはできる。</li> <li>相談支援の過程で幅広い視点からの支援が必要と判断される場合には、職員会議での検討もあり、また、外部の関係機関から助言を受けるなどの手だても可能とされている。</li> </ul>	
	<p>■改善課題</p> <p>(社会福祉制度として、障害をもった人の支援は自立的な地域生活支援が求められており、発達障害をもつひとを対象とする場合も同様である。本評価項目はその点を指している。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>基本的には発達障害をもつひとの相談支援としては、障害当事者の「自立的地域生活」を長期目標とした(利用者とその環境に関する)情報収集に基づいてアセスメントすることが求められる。これによって、当該利用者に認識されない、専門家が捉える客観的ニーズ(ノーマティブ・ニーズ)の把握が可能となり、一義的な主訴(フェルト・ニーズと言い換えることもできる。)を入り口として、利用者の合意を得ながら、包括的な自立支援を展開することが可能となる。事業所の現状を考慮すると、少なくとも現行のアセスメントシート情報から導き出したアセスメントの結果(内容)の記録か所を、事業所として定めておく必要はある。これによって定められたか所に地域での自立生活に向けた利用者それぞれのニーズや課題も記録されることにつながることを期待できる。</li> </ul>	

Ⅲ-4-(2) 適切なサービス実施(個別支援)計画の策定		評価
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施(個別支援)計画を適切に策定している。		
判断基準	a) 利用者一人ひとりの個別支援計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。	b
	b) 利用者一人ひとりの個別支援計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。	
	c) 利用者一人ひとりの個別支援計画策定のための体制が確立していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援計画は時間をかけ、また利用者が表現しやすい個別的な工夫によって十分な意向把握の元に策定されていると推察できる。また相談支援経過を通して逐次その意向が確認され、時に相談支援経過として記録され、時に計画の変更につながっていること、また利用者が関係する事業所等からの情報なくして相談支援はあり得ないとも考えられており、必要に応じて他事業所の担当者からの情報を得て計画に反映していることが、推察される。</li> <li>・支援計画の目標に具体的な社会資源をあげるようなときには、収集した社会資源を何例か利用者状況に応じて示し、説明を加え、自己選択が可能となるよう支援しているという。</li> <li>・支援計画は、利用者の主訴や要望中心に策定されており、自立的地域生活に必要な支援課題が必ずしも明記されているわけではなく、また利用者が併用している関係事業所のサービス実施状況や支援の経過等の記載が支援計画書に混在するなどし、誰にでもわかる計画書にはなっていない。</li> <li>・計画書は、どちらかといえば職員の覚え書き的に活用されており、計画書を用いた利用者へ説明、同意といった手続きを想定したものにはなっていない。しかし、支援計画は口頭で、必要な人には図解するなど個別状況に合わせた説明をし、賛同を得て支援をしているという。同意がある場合、または利用者意向による計画の一部修正についての記録状況は定かではない。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントの内容をどのような手順を踏んで計画化するのか事業所としての仕組みづくりが課題である。まずは計画の内容に責任をもつ計画責任者の明示、立案した計画について利用者にして内容の検討をすること、及び、その記録、利用者の計画への同意・不同意の記録、誰もが理解可能な個別支援計画記録様式の工夫と使い方の見直し等々が改善課題と言える。</li> </ul>	

Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準		
判断基準	a) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施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。	C
	b) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施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) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施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ない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画の見直しは事業所としての共通認識にはなっていない。管理者は、計画書の見直し時期は決めていないものの支援の方向性については利用者と話し合っていると自己評価している。相談支援では初回アセスメントの時点で大まかな再評価の時期設定をし、支援の振り返りが確実にできる体制づくりが求められる。見直しをしている個別支援計画がないわけではないと思われるが、基本的な考え方について組織的に共有された上での実践ではないと判断し評価する。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の同意を得た個別支援計画に基づいた支援の重要性の認識を事業所として徹底させることが重要課題である。支援の結果は事業所という組織の責任であり、また、より適切な支援という観点からも、「相談支援」が相談者と相談当事者のみの「相談」(密室の相談、または支援者の主観による相談)となることのないよう、事業所としての取り決めをしておくこと、その中のひとつが見直し時期の設定と方法であると考えて欲しい。したがって、見直しの時期は利用者個別の状況や課題によって異なる。より良いサービス提供には、組織としての仕組み作りが肝要である。</li> </ul>	

## IV 具体的な相談支援の内容(適切な相談支援の実施)

### IV-1 発達障害のある人の地域生活に関する相談支援事業を実施する体制

IV-1-(1) 発達障害児(者)の専門相談支援事業所としての体制を整備している。		評価
IV-1-(1)-① 発達障害児(者)の専門相談支援事業所としての体制を整備している。		
判断基準	a) 発達障害児(者)の専門相談支援機関としての相談体制を整備している。	a
	b) 発達障害児(者)の専門相談支援機関としての相談体制を整備しているが、十分ではない。	
	c) 発達障害児(者)の専門相談支援機関としての相談体制を整備していない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では法人理念の具現化として、利用者の立場に立った相談支援が実施されていることが利用者調査からもうかがわれる。また、発達障害をもつ人の専門相談機関として知識やスキルアップの必要性から内外の多くの研修に都合を付けて参加し、さらに自己研鑽の必要性も感じており、臨床心理士を含む男女2名の心理専門職による職員体制も強みと言える。また、法人組織内にはスーパーバイズ(SV)体制はないが毎週の職員会議はピアSVの場でもある。県の基幹的役割を果たす同種支援センターから随意に助言等を受けることもでき、活用している。</li> <li>・相談の方法について事業所は、支援上の意味を込めて来所相談を期待し勧めているが、利用者状況によっては訪問のかたちも取っている。</li> <li>・他機関との連携等に際しての利用者のプライバシー保護等は十分に職員が認識しておりほぼ実践できていると考えられる。</li> <li>・自立生活に必要な社会資源は活用しやすいようにカテゴライズしてファイリングされている。</li> <li>・構造面では、相談室に課題があるが法人レベルで改善に取り組んでいるというので結果を待ちたい。実践上は利用者の状況を判断して併設事業所の空き室を借用するなどしてプライバシーへの配慮としている。</li> </ul> <p>以上、発達障害をもつひとの専門相談支援機関としての体制は、十分とは言えないが両職員の統一見解や利用者調査の結果から、ほぼ、できていると評価した。</p> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・更なる改善として、多様な相談受け入れ態勢の構築、建物のバリアフリー化などがあげられる。</li> <li>・また、相談支援事業所として支援の基本方針の設定、諸業務・考え方の文書化が課題と思われるが、この評価項目ではこれを要件としていず評点に反映していない。</li> </ul>	

### IV-2 自立した地域生活を目標とした相談支援の実施

IV-2-(1) 地域での生活を継続するための相談支援		評価
IV-2-(1)-① 地域での生活を継続するための支援をしている。		
判断基準	a) 地域での生活を継続するための支援を実施している。	b
	b) 地域での生活を継続するための支援を実施しているが、十分ではない。	
	c) 地域での生活を継続するための支援を実施していない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族等からの相談で、利用当事者が相談を受けることを拒んでいるような場合以外は、すべて当事者との面談により支援を進め関係機関との連携が必要な場合には当事者に説明をし了解を得、相談支援の過程を通じて当事者に合った多様な方法(選択肢の箇条書き、メリット・デメリットを表にする、現場を見るなど)を工夫してその意思決定を支援するなど、利用者を尊重しその自立を支援していると考えられる。</li> <li>・時に家族との関係が上手くいかないような場合は家族が障害理解を深めることができるよう当事者の立場に立った支援をしていると管理者は述べている。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談支援経過は職員会議に報告・諮ることができるが、会議に諮るべき内容の定めがなく客観的には事業所として重要なものが漏れてしまう可能性がある。</li> <li>・当事業所を含めて複数の機関・事業所が支援にかかわる場合、どの事業所が全体をまとめるのか、各事業所の役割は何かを明確にしておく必要があると思われる、これを個別支援計画に明示しておく必要がある。</li> </ul>	

IV-2-(2) 生活能力を高めるための取り組み		評価
IV-2-(2)-① 生活能力を高めるための支援を実施している。		
判断基準	a) 地域での生活能力を高めるための支援を実施している。	C
	b) 地域での生活能力を高めるための支援を実施しているが、十分ではない。	
	c) 地域での生活能力を高めるための支援を実施していない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域で生活する発達障害をもつ人を対象とする地域生活能力や生活スキル修得のための講座、地域生活に必要な学習テキスト(手引き)などの作成、地域生活者の集いなどの取り組みは行われていない。個別支援として当事者が地域生活継続のために必要と思われる点については、銀行やショッピングモールなど社会資源活用支援など、地域生活の幅を広げる支援も行われている。</li> <li>・また、権利擁護などの学習会についても法人事業グループによる企画を案内することはあるものの、個別相談による必要性の範囲に留まっている。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <p>(この評価項目は、地域に生活する、あるいはこれから生活をする発達障害をもつ人を対象とする取り組みの必要性を示している。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これらの支援活動は、併設する地域生活支援センターとの共同企画もあり得ると思われる。重要なことは、社会福祉事業所には基本的に地域に住む障害をもった人の自立に向けた取り組みや、地域住民への障害をもったひとの理解につながる取り組みが求められていることを認識しながらサービスを展開することであると思う。</li> </ul>	

IV-2-(3) 成年後見制度の利用に関する相談支援		評価
IV-2-(3)-① 成年後見制度の利用に関する相談支援		
判断基準	a) 成年後見制度の利用に関する相談支援を実施している。	b
	b) 成年後見制度の利用に関する相談支援を実施しているが、十分ではない。	
	c) 成年後見制度の利用に関する相談支援を実施していない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では今年度、成年後見制度についての職員研修を実施しており当事業所職員も参加し理解を深めている。事業所内において成年後見制度に関するポスター等によるPRは行っていないが、個別相談として(成年後見制度の活用支援を必要とするような例はないものの)情報提供は行っているという。制度活用に関する具体的な相談があった場合の支援の方法や限界などについての検討は行われていない。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・成年後見制度は利用者の権利擁護を目的とした制度で、「障害者相談支援事業」(厚生労働省:地域生活支援事業実施要綱)では本制度が十分に活用されるよう活動の充実を求めている。発達障害をもつ人も無関係ではないので、併設する地域生活支援センターとの協働による取り組み(役割分担も含めて)も視野に、充実した展開が期待される。</li> </ul>	

IV-3 発達障害についての普及・啓発活動の実施

IV-3-(1) 発達障害についての普及啓発活動		評価
IV-3-(1)-① 発達障害の理解に資する情報を積極的に発信している。		
判断基準	a) 発達障害に資する情報を積極的に発信している。	b
	b) 発達障害に資する情報を発信しているが、積極的とは言えない。	
	c) 発達障害についての情報を発信していない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域住民だけでなく当事者にも障害について正しい理解を持ってもらえるよう啓発活動として県内同種事業所と合同で毎年フォーラムを企画実施している。2月に実施したフォーラムでは専門家や当事者による基調講演やシンポジウムも行われ、参加者は例年200名近い。また発達障害への理解を普及するためにわかりやすい記事を今年度、法人広報誌に掲載予定がある他、県内の就労支援関係機関と協働し支援者向けのハンドブックづくりにも取り組んでいる。さらに、町内会からの依頼を受け老人会で事業所の紹介と発達障害の話をする機会をもった。管理者は今後もこうした依頼を住民への啓発活動として積極的に受けていく方針で事業所運営に臨んでいる。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・発達障害の啓発活動は職員2名体制の事業所としては十分な取り組みができていない。これらの取り組みが今後も継続・発展するよう諸検討の議事録を残すこと、事業所としての啓発に関する情報発信は様々なメディアの活用を検討すること、チラシやパンフレットなど文書の配布は配布先を明確にして利用状況などを確認し補充を確実にすること、実施後の振り返りを行い、次の改善に活かすこと、といったことがこれからの取り組みとして考えられる。</li> </ul>	



IV-3-(1)-② 関係機関や団体等の職員に対し発達障害についての研修等を実施している。		評価
判断基準	a) 発達障害理解を目的とした研修を実施している。	a
	b) 発達障害理解を目的とした研修を実施しているが、計画的ではない。	
	c) 発達障害理解を目的とした研修を実施していない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当事業所では、毎年、発達障害の啓発活動として、関係機関や団体、一般市民を対象とする「くらしき発達障がい支援フォーラム」を主催している。障がい当事者等による基調講演や関係団体・学識経験者によるシンポジウム等が企画されており、昨年度は200名弱の参加があった。今年度は、12月10日、実施予定である。また、市が主催する子育て応援シリーズや、障害者就労支援施設や身近には公民館などから依頼を受けて関係職員や住民を対象とする発達障害に特化した研修講師を引き受けている。今後も積極的に取り組んでいく方針をもっている。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>更なる改善として、講師派遣や研修の実施などを行った場合には、必ず記録を残し、業務としての位置づけを明確化する事と共に次の取り組みの参考となる仕組みをつくっておくこと。</li> </ul>	

#### IV-4 発達支援の実施

IV-4-(1) 発達に関する相談の実施		評価
IV-4-(1)-① 体制を整えて発達障害に関する相談に応じている。		a
判断基準	a) 相談体制を整備して発達障害についての相談に応じている。	
	b) 発達障害に関する相談に応じているが、十分ではない。	
	c) 発達障害に関する相談に応じていない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>制度上、発達相談は当事業に期待されているサービスである。相談には臨床心理士を含む男女2名の心理専門職員が担当制で応じている。相談に際しては来談者が記入して持参する「相談者記入シート」(様式)を元に、面談によって養育・教育環境を中心に内容を聞き取りアセスメントをしている。最近では、電話による一回だけの相談が多くなっていると言う。この場合も相談内容やアセスメント内容を「相談受付表」に記録することになっている。</li> <li>関係機関との連携については、必要に応じて学校等の関係機関と連携し課題解決を図る方向性をもっていると見られる。</li> <li>来所が困難な場合は訪問に依ることも少なくないとし、相談内容によっては同行による支援も実施している。</li> <li>社会福祉事業所や学校等、また住民からの問い合わせにも応じるなど、はば広く専門相談機関として機能していると見られる。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>アセスメントは、アセスメントに必要な情報を収集した後これらの情報を基に当事者が抱えているニーズを導き出しおおよその支援の方向を決めるという重要な手続きであるので、担当職員が行ったアセスメント内容(アセスメントに必要な情報、それによる担当職員の判断理由や判断の結果)を記録しておく必要がある。すべての相談において、これらの記録内容、記録か所を事業所として定めておくこと。</li> </ul>	

#### IV-5 就労支援の実施

IV-5-(1) 就労に関する支援		評価
IV-5-(1)-① 発達障害者の就労支援を実施している。		a
判断基準	a) 発達障害者の就労支援を実施している。	
	b) 発達障害者の就労支援を実施しているが、十分ではない。	
	c) 発達障害者の就労支援を実施していない。	
講評	<p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>制度上、就労支援も当事業所に期待されるサービスである。当事業所の延べ支援件数として最も就労支援が多く、就労準備から就労、就労継続支援までを、就労先、就業・生活支援センター、ハローワーク、相談事業所等と連携をしつつ支援している。</li> <li>当事者の障害の状況によっては、主体的に行動できるようハローワークや事業主との面談の前に、例えば当事者の課題を視覚的に整理し徐々に自己認知できるようにするなどきめ細かな支援を行っている。</li> <li>就労関係機関や就労先との連携時には、当事者の状況を説明するナビゲーションブックを作成しわかりやすい伝え方を工夫している。また、職場への定着支援は、就労先へ定期的に訪問して当事者、雇用主からの相談に応じている。</li> </ul>	



社会福祉法人クムレ

発達障害者相談支援事業所 倉敷発達障がい者支援センター 御中

## 福祉サービス第三者評価「総評」

### < 評価基準・判断基準 >

#### ○使用した評価基準

「倉敷発達障がい者支援センター」および「てとて」の福祉サービス第三者評価（以下、第三者評価）で用いた評価基準は、厚生労働省では相談系サービス種別についての検討が進められていないため社会福祉法人クムレの要請を受けて NPO 法人メイヘルプユーが後述の参考資料を基に検討・策定したものを採用している。策定に至るまでに、27 年度にサービス提供部分（評価対象Ⅲ及びⅣ）について、「児童家庭支援センタークムレ」及び「倉敷地域生活支援センター」でモニター評価を実施し、妥当性を検証した。28 年度は、若干の重複箇所を修正し、共通評価項目（評価対象Ⅰ、Ⅱ）を加えて総合版案として、本年 6 月に、「倉敷発達障がい者支援センター」および「てとて」の代表者に合同説明を行った。将来的な展望を含めて評価項目とすることについて 2 事業所の合意を得、弊法人内部検討を経て、本格実施に用いることになったものである。なお、評価対象Ⅰ・Ⅱ・Ⅲは「岡山県福祉サービス第三者評価基準（共通評価項目）」を引用し、評価対象Ⅳは、後述の資料を基に各事業所のサービス内容に合わせて策定したオリジナル版である。

福祉サービスの第三者評価は、厚生労働省を所管機関としてサービスの質の向上と利用者の選択に資することを目的としており、第三者評価が求めるサービスとは、「利用者主体のサービス提供」とされている。したがって、第三者評価を構成する評価基準は、利用者主体のサービス提供のあり方を示している。わが国における障害をもつ人の福祉の動向を見ても、ノーマライゼーション理念の浸透を推進する世界的な動きとともに、利用者主体の支援はサービス提供の基本理念の一つになっている（2002 年厚生労働省「障害者ケアガ

イドライン)」。また、今年は、障害者差別解消法施行の年にあたり、事業者には、行政機関等と同様に「設置する施設の構造の改善及び設備の整備、関係職員に対する研修その他の必要な環境の整備」が努力義務として定められ（同法第5条）、事業者および従事する職員にとっては、今までに増してノーマライゼーション理念を心に刻み、具体化する事が求められるようになったと考えられる。しかし、第三者評価が求めるサービス提供には、既に、先述の法第5条を具体化した場合の取り組みが含まれており、今回の相談系事業所評価基準作成に際して、追加を必要とする点はないと判断した。

#### 引用・参考資料

\*2事業所共通資料:発達障害者支援センター運営事業実施要綱/「発達障害者支援センター運営事業実施について」取り扱い(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知)/厚生労働省「障害のある人に対する相談支援について」/総合支援法/全社協第三者評価ガイドライン。

\*「倉敷発達障がい者支援センター」:倉敷発達障害者支援センターリーフレット及びHP/東京都発達障害者支援センターHP/「発達障害者支援センター運営事業実施について」取り扱い(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知)。

#### ○判断基準

福祉サービスの第三者評価では、事業所の現状に対する自己評価、利用者調査、資料・文書、および評価調査者が聞き取り調査を実施して得られた情報を総合的に判断して評価することになっており、評点は、a・b・c の3段階と定められている。3段階の考え方は、以下のように定められている。

a 評価：より良い福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す目安とする状態

b 評価：a 評価に至らない状態

c 評価：b 評価以上の取り組みとなることを期待する状態

### ○評価細目ごとに示される「着眼点」

評価細目は、先述の「評価対象」の下位項目である各「分類（見出し）」に属する「評価項目」の下位項目に位置する項目を指し、これを「着眼点」と称している。「着眼点」は現場の活動や取り組み状態を判断する際にチェックすべき点で、評価を行う際の視点になる。評価項目によって着眼点の内容と着眼点数は異なるが、この着眼点の実施状況を参考にし、評価・判断が行われる。

### ○評価機関としての判断基準

判断基準 a)・b)・c) を評価機関として判断する際の根拠として、経営層（管理者）からの聞き取り内容、利用者調査の結果、規程・マニュアル、会議録、個別支援計画などの文書を確認し、それらに基づいて a)・b)・c) を総合的に判断した。

結果報告書には、評価 a) の場合は、基本的には「取り組み状況」のみ記載し、b)・c) の場合は、「取り組み状況」及び「改善課題」を記載している。

当事業所の場合、評価実施時点では、実質一人職場状態であったことから、相談支援専門員が一人ですべてを自己評価している。いわゆる「職員自己評価」というものは実施していない。聞き取り調査については、一日目は相談支援専門員のみ、二日目は、管理者及び相談支援専門員の2者からの聞き取りとした。

## < 事業所 倉敷発達障がい者支援センター の現況 >

倉敷発達障がい者支援センターは、「発達障害（自閉症等の特異な発達障害を含む）をもつ人（子ども）に対する支援を総合的に行う地域の拠点として、当事者および家族への相談支援、発達障害をもつ人（子ども）に対する地域での総合的な支援体制の整備推進によって、発達障害をもつ人（子ども）およびその家族の福祉の向上を図ることを目的とした施設」（発達障害者支援センター運営事業実施要綱）と位置づけられた事業

所である。

評価にあたって重要と思われた事業所の現況は、

- ① 倉敷市唯一の発達障害者支援センターであり、倉敷市内を利用対象範囲としている。
- ② 職員は、管理責任者、一般職員1名（合計2名：共に心理専門職）による小規模事業所である。
- ③ 相談支援件数は、前年度約300件程度で、家族からの相談が約46%、当事者からが21%程度、その他、医療機関、就労関係事業所、発達障害者支援センター、教育機関などからとなっている。
- ④ 制度上、「相談支援」以外に求められている「地域における総合支援体制の整備推進」は、「おかやま発達障害者支援センター」を中核として県内支援センターが協働する形になっている。
- ⑤ 当センター建屋は、倉敷地域生活支援センターと共同使用である。

## < 第三者評価の結果 >

### ○よいと思われる点

先ず、法人としては、理念や基本方針を明確に示し、様々な方法によって職員への周知を図ってきたことが実を結んできていると感じた。また、法人内の職員育成体制や外部研修にも参加しやすい仕組みとすることによって、職員の質の向上が図られている点などは、組織運営基盤の重要要素として法人がもつ良い点の代表として取り上げたいと思う。以下には、事業所固有事項を中心に述べている。

#### 1. 相談受理（インテーク）の体制が整えられている

相談支援は、相談したい人と相談担当者とのよい信頼関係が、よい結果を呼び込むと言われる。その第一歩となるインテークにおける相談担当者のかかわりは重要な意味を

持ち、成功も失敗もここが基点となる。また、インテークでは、相談事の緊急性や当該相談機関で扱える内容かどうかの判断も必要となる。当センターでは、経験のある2名の心理専門職がインテークを担当しており、こうした必要条件をほぼ満たしていると考えられる。

また、電話、来談、メールなど多様な方法によって相談を受け付け、対象者の状況によっては訪問によるインテークも実施している。継続した相談が見込まれる場合には、個人や生活に係る詳細な聞き取りがあることや関係機関との情報共有が必要になる場合があることなど、利用者のプライバシーにかかわる情報の聞き取りについても説明し、また、対応が難しい事例については、職員間のピア・スーパービジョン（以下、SV）を実施すると共に、外部関係機関のSVを受けることも可能な体制になっている。

以上のように、当センターは、相談機関として、その入り口となる適切なインテークができる体制が整えられていると言える。

## 2. 臨床心理士を含む男女2名の心理専門職が配置されている

当事業所のサービス対象となる障害特性を鑑みた場合、臨床心理士を含む男女2名の心理専門職の配置は、その専門性の観点から障害について信頼のおけるアセスメントが期待できることや、利用者との信頼関係の構築にかかわる職員の態度やスキルについて安定した期待感をもつことができると考えられる。これらは、利用者調査の結果にも「わかりやすい話し方・説明」(92%)、「気持ちを大切にする」(86%)、「相談をしてよかった」(90%)、「プライバシー保護」(82%)などの高評価として反映されている。

## 3. 地域住民を対象とした活動に積極的に取り組んでいる

当事業所の事業計画では、法人基本方針を受けて「地域で支えあう環境づくり」を掲げ、事業所がもっている機能を地域に還元することを明示している。これを受けて、発

達障がい者の啓発を目的として例年 200 名近い参加者がある「くらしき発達障がい支援フォーラム」(倉敷市等が後援)を主催している他、併設の「倉敷地域生活支援センター」が事務局をしている「倉敷地域自立支援協議会」と倉敷市の共催によるフォーラムへの参画、福祉作業所や教育関係機関等からの相談や講演依頼にも応じ、親の会や当事者会では困りごと相談会での助言者として現場経験で得た知識やスキルを活用している。また、発達障がい者就労支援関係者連絡会と連携して、就労のための総合支援体制を整備する取り組みを進めるなど、当センターの持つ専門的機能を地域に還元し、地域の福祉力向上に努めていると評価をした。

これらの取り組みは、また、支援における関係機関との連携にとってもその質の点で効果をもたらしていると思われた。取り組みの中には、法人他事業所の協力があるとはいえ 2 人職場としては、多大なエネルギーを必要とする取り組みだと想像されるが継続とさらなる充実も期待される。

#### 4. 運営・サービス改善に積極的にとりくむ姿勢をもっている

第三者評価実施に伴う 2 日間の事業所訪問調査以降、管理者の職務分掌の明文化のほか文書管理規程の作成や、日々の個別相談から組織運営やサービス向上に転化することができるニーズ収集の具体化など、すでに新たな取り組みが始まっている。訪問調査以降の新たな取り組みで、確実なものは評価の結果にも反映したが、小規模事業所で合意が得やすいという利点はあるにしても、こうした改善への積極姿勢は、弊法人が「現場のあと押し」として実施する第三者評価の目標でもある。



## ○改善への取り組みが必要と考えられる点

### 1. 文書類の整備

多くの事業所を抱える法人に属する小規模事業所は、職員の異動による影響を受けやすく、その都度、サービスの質の低下を招く可能性もあるので、組織体制やサービスの「継続性」のための方策が必要であり、また、日頃の業務確認や定期的な業務点検のための基準としても、組織運営及び業務の文書化は欠かせない。具体的には、

①事務的文書について：原則として事業所のすべての取り組みの目的・担当・方法などをできるだけわかりやすく文書化しておく。更に詳しい共有事項がある場合は、手引き書（マニュアル等）とする。取り組みのあったものは、その実施内容の記録を残し、事業所内で共有する仕組みをつくる。

②相談記録について：相談記録等支援にかかわる記録は、業務の実績であるとともに支援の根拠であり、利用者情報共有化の重要なツールでもある。また、利用者等から求められれば原文の開示が必要となる。相談記録として、何を、どこに、どのように記録し、どこに綴るのかを定め、記録管理責任者を中心に、更なる整備をする。記録管理者は、当センターの場合、当然のことながら記録内容の管理・指導も兼ねる。

③個別支援計画書等について：個別支援計画書（以下、支援計画書）様式の使い方を事業所内で統一すること。計画に基づいた相談援助の実施を原則として明文化しておくこと。相談には、一度だけの単発な相談（例えば、必要な情報だけを求めている場合など）があり得る。当センターの発達相談ではこうした相談が多いとされている。どのような相談の場合に援助計画を必要としないかを職員個人の判断ではなく事業所として取り決めておく必要がある。また、支援計画は、利用者と策定することおよび共有を原則とすること。計画には、見直し時期（モニタリング）を利用者の状況（障害の程度、主訴等）に応じて設定しておくこと。アセスメントに必要な利用者情報の記録様式（当セン

ターの実情で言えば「相談者記入シート」が相当する。)の内容の充実を図ること。

## 2. 運営やサービスの改善に確実につながる事業計画とする

年度ごとの事業計画は、「①中・長期計画の内容が、単年度の計画に反映されていること、②単年度における事業内容が具体的に示され、さらに実行可能な計画であること」(全社協第三者評価ガイドライン)が必要とされている。付言すれば、職員だれもが各事業計画の内容の重要性を理解することができ、これに基づいてすぐに行動に移せる計画であることとなる。また、事業所内の合意形成ができていることも大切ある。

こうした視点から当事業所の事業計画を評価すると、項目立てや内容にさらなる説明を必要とするような点もあって十分な計画とは言い難い。例えば、社会福祉サービスに求められる基本姿勢とされることを年度事業計画の重点項目としている背景、その達成時期、実行の担当や責任者、振り返りの時期などが不足していると思われる。また、例年、評価機関として弊法人が指摘していることでもあるが、例えば、今回の第三者評価による指摘事項の中には、当事業所固有のものもあり確実なる改善への取り組みとして、緊急であったり軽微なものでない限り、通常は年度事業計画に反映させて実行することになると考えられる。年度ごとの事業計画は、一定の時期に実行状況をチェックして、確実なものとするという事業所としても PDCA サイクルに基づいて利用者主体のサービス提供に、一致して向かうことができる計画ということになる。

## 3. 利用者の権利擁護としての苦情解決への取り組みの充実

「社会福祉事業の経営者には、社会福祉法第 82 条で、「利用者等からの苦情の適切な解決に努めることが求められて」(全社協ガイドライン) おり、「利用者個人の権利擁護」<sup>注2)</sup>としての意味を含む仕組みである。苦情解決への取り組みに関する課題については当法人の場合、一事業所では対応可能なことばかりではなく、過去の第三者評価においても改善点

として重ねて指摘してきた。今回、当事業所について言える課題としては、利用者調査の結果、苦情解決の仕組みに関する周知率は 25%程度であり、苦情解決に関する利用者へのわかり易い掲示や説明、第三者委員に関する事項の明示といった点があげられる。内容の詳細は、第三者評価報告書を参照して欲しい。

注 2)(平成 12 年 6 月 7 日厚生省障第 452 号:社会福祉事業の経営者による福祉サービスに関する苦情解決の仕組みの指針について)「苦情解決の仕組みの目的」:○苦情への適切な対応により、福祉サービスに対する利用者の満足感を高めることや早急な虐待防止対策が講じられ、利用者個人の権利を擁護するとともに、利用者が福祉サービスを適切に利用することができるように支援する。○苦情を密室化せず、社会性や客観性を確保し、一定のルールに沿った方法で解決を進めることにより、円滑・円満な解決の促進や事業者の信頼や適切性の確保を図る。

#### 4. その他の提案 ～「相談支援継続中」であるにも関わらず、連絡が来ない、 連絡がつかないなどの障害当事者への対応について～

これは、訪問調査時に管理者から、事業所が抱えている課題の一つとして提示されたもので、以下は、訪問調査で知りえた当センターの実情をもとに解決策を検討した評価者の一つの提案である。

前提として、当センターへの相談者について 27 年度「事業実施状況報告」の内容を単純計算すると、家族等からの相談件数は全相談件数の半数近く、当事者からの相談は 21%程度でそれに次いでいる。1 件当たりの継続相談回数は、家族等が平均 4 回弱、当事者の場合は平均 17 回強で、その他の相談は、医療機関・就労関係事業所等の関係機関からとなっている。

当センターの相談支援の仕組みは、職員による担当制で、担当職員が必要を感じたときに、職員会議に諮り全体で検討する仕組みである。この仕組みを変えてみるところにこの問題の改善策があるように思われる。言い換えれば、現状ではこうした事例が増え続けると推察する。改善策として、21%を占める当事者からの相談については、担当職員が実施した包括的アセスメントや目標を職員会議に諮る(検討する)、当事者と共に作る個別支援計画とモニタリングを徹底実施し、結果を職員会議に諮る、という相談支

援のプロセスが確実に実施されることによって、支援計画や継続支援の適切性の精度を高めることができ、このような事例の減少につながり得ると言えるのではないかと提案である。職員介護での検討の結果、さらには、包括的アセスメントの根拠としている「相談者記入シート」の見直しが必要と言う結論に至ることも考えられる。また、これまでの相談継続事例の包括的アセスメントや目標及び計画の妥当性の検証も今後の改善に役立つと思われ提案したい。

以上



