

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  
指定特定相談支援事業所・指定障がい児相談支援事業所  
「てとて」

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 .....	29

(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 8 月 29 日、8 月 30 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 280 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 13 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) 理念、基本方針が確立されている		評価
I-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)-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		
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。	a
	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」、「強くしなやかな組織作り」、「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」の三点を定めて、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、具体的で職員の行動規範となるような内容となっている。</p>	

I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		評価
I-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>・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」は名刺の裏面にも印刷されている。</p> <p>・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等によって周知させている。さらには、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> <p>・当事業所は、事業所管理者(以下、管理者)と相談支援専門員(以下、専門員)1名の小規模事業所であるため、日ごろは、ブランドブックの10の心得を併設事業所と合同の終礼時に唱和することになる。</p>	

I-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。	C
	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。しかし、当事業所としてこの広報誌を利用者に配布することはなく、事業所内で利用者が手に取り閲覧できるように配備されることもない。理念や基本方針が入口等に掲示されることもなく、理念や基本方針を利用者に周知する取り組みは認められない。</li> <li>・利用者調査の結果では、理念や基本方針を知っているとの肯定的回答は21.0%にとどまっている。</li> <li>・事業所では、理念や基本方針を利用者に周知する必要性を認識しており、配付資料を作成し、重要事項説明の際に周知を図ることを検討していたが、今回の訪問調査後の経過の中で、既に具体化され、完成までの最終段階にある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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ため、十分な取り組みを求めたい。</li> </ul>	

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。		a
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。	
	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、本年度は中期計画の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は毎月、管理者に報告し、同時に事業グループ(当事業所は発達支援事業グループに所属)に報告している。それはさらに経営会議に報告され、中・長期計画の実行と評価・見直しが行われることとなっている。</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発達支援事業グループ(以下、グループ)全体の「大切にしたい考え方(価値観)」を「地域で育む 子どもと子育て」と定めている。これを出発点として当事業所の事業計画を策定している。</li> <li>・本年度は、保護者が主体的に子育てができるようにするため、子どもとその家族の状況に応じた「サービス等利用計画」を作成し、必要なサービスに関する情報提供と利用調整を含めたサポートを行うことを事業所方針としている。その上で、利用者・家族・地域の各支援目標を定め、それぞれ具体的な事業計画・支援計画を立案している。</li> <li>・中期経営計画に対する事業所単独の取り組みとして、「利用者主体の支援計画に基づく支援の実施」を掲げ、中期経営計画の「相談からサービスまで切れ目のない利用者支援の実現」を具体化する施策を盛り込んでいる。</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。	a
	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、専門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)」を具体化する事業計画案を作成し、管理者の合意を得て決定している。</li> <li>・事業計画及び事業報告書の書式は、「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込み」など、法人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いるため、当事業所だけでなく、所属するグループ会議で実施状況の把握や評価・見直しを毎月行いながら、組織的に事業計画を策定する仕組みが機能している。</li> <li>・(訪問調査後)管理者は、「今年度の(事業計画の)振り返りから、来年度の事業計画策定に向けて、人材確保の必要性の根拠を明確にし、振り返りから実践可能な計画策定につなげていく予定。12月のグループ会議より、今年度の振り返りの報告を行う予定である。」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>・更なる改善として、前年度事業報告で「次年度の課題」とされた「モニタリングの実施ができないケースの増加」について、Check(評価)に基づくAction(改善)が示されないままに、本年度事業計画では引き続き「定期的にモニタリングを実施」との記載がされており、PDCAが機能していないように見受けられる。しかし、人材が確保できていないことが改善課題の一つであることを管理者は認識しており、法人に毎年、人材確保を予算請求しているとのことであるので、この点を含めて事業計画にPDCAサイクルを反映させることが期待される。</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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者と専門員による二人職場であり、相談員は事業計画作成当事者であり、管理者は決定関与しているため、当該年度の事業計画を十分に理解している。さらに、グループ会議で法人内の他事業所に当事業所の事業計画を周知させる取り組みを行っている。</li> <li>・障害当事者である子どもや保護者に対する周知は、一度の相談で終了する場合や継続の場合も面談頻度が少ない場合が少なくないといった当事業所の特性があるため、事業計画を配布する等の取り組みまでには至っていない。</li> <li>・(訪問調査後)事業所は「配布する方法で内容を検討する予定である。」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>・利用児や保護者に対する事業計画の周知は、配布が基本ではあるが、例えば、わかりやすく説明した掲示物を掲示するなど、職員の負担を軽減しながら当事業所の特性に合わせた現実的な工夫を期待したい。</li> </ul>	

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。	b
	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・目標管理表か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。当専門員の職員は組織内職階はサブマネジャーであり、相談業務経験も豊富であるため、管理者は事業計画策定と相談業務の全ての権限を専門員に委譲してきた。</p> <p>・(訪問調査後)専門員は「業務日誌や作成したプラン、モニタリング記録等により、日々の業務の確認を受け、月1回の水島拠点会議に参加することで、現状報告を行うこととした。」とコメントしている。これにより、専門員の業務が事業所業務として管理者が管理し、拠点内でも共有されることにより視点の広がりが期待できるようになったと見られる。</p>	
	<p>■ 改善課題</p> <p>・管理者と専門員ともに、知識・経験が豊富なおえ、管理者は事業計画策定と相談業務の全ての権限を専門員に委譲してきたために、日常業務における決定と実行は円滑に行われている。しかし、ややもすると日常業務を行う上での報告、連絡、相談が中心となって、日常業務を規定する事業所全体のあり方などに関連する事項について管理者が自らの役割と責任を果たす機会が随時になりがちに見受けられる。管理者は定期的な意見交換の機会を確保するつもりと話しており、これを機会に組織的な体制づくりを期待したい。</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
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。		
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。	a
	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>・管理者は、法令順守の観点から、行政の会議はもとより、全国や県レベルの社会福祉法人経営者協議会や社会福祉協議会の会議や研修に参加して研鑽を積んでいる。また、専門員に対して併設事業所合同の朝礼などの機会でも、遵守すべき法令に改正等の変化があったときには報告・周知に努めている。専門員には、法令順守の観点から、行政が開催する発達支援事業に関する集団指導や自立支援協議会相談部会が開催する会議や研修に参加して研鑽を積むことができるように研修の機会を認めている。</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>・管理者は指定障がい児相談支援事業所「てとて」の相談機能の発揮に強い意欲を持っているが、福祉サービスの質の向上については、発達障害をもつ子どもと保護者支援に経験・知識・相談技術を十分に兼ね備えている専門員に任せており、管理者が十分な指導力を発揮しているとはいえない。専門員は、2ヶ月に1回、他の相談支援事業所と情報交換したりサービス提供事業者と連携したりするなかで、自らが提供する「サービス等利用計画」等の質について評価・分析を行っている。</p> <p>・一方、「基本相談」に対応する体制が当事業所は整っていない、「計画相談」の要件であるモニタリングの実施率が極めて低い。管理者はサービスの質に関するこれらの課題を認識しているが、本来、組織として取り組まねばならないサービスの質向上の課題を組織全体に明らかにして十分な指導力を発揮しているとは言えない。</p>	
	<p>■ 改善課題</p> <p>・法人が中期計画に掲げるワンストップ相談窓口の整備に向けた取り組みはこれからである。管理者は個人に提供するサービスの質の向上にとどまらず、組織レベルでサービスが適切に安定的に提供されているかといった観点でサービスの質の向上を図る必要がある。管理者は組織として、マクロの視点からサービスの質の管理に積極的に関与することの必要性を認識しており、今後、リーダーシップが発揮されることに期待する。</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	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は経営や業務改善に向けて、利用者動向、事業の進捗状況に、人事、労務、財務の状況を集計・把握して、グループ会議を通して法人の経営会議に報告している。</li> <li>・管理者は、相談支援事業に対応する体制が整っていないことやモニタリングの実施率が極めて低いという、サービスの質にかかわる課題解決のために人材確保を経営介護・グループ会議を通して求めている。</li> </ul>	
	<p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所は管理者と専門員の二人職場であるが、「基本相談」、「計画相談」とそれに伴う利用計画策定とモニタリング、及び関係機関・事業所との連絡・連携等の業務を一人の専門員が担っている。管理者はサービスの質の向上のためにさらなる人員配置を行うことは経営や業務の効率化に向けた重要課題と考えており、毎年予算請求しているとのことである。相談支援事業には数値目標の設定が難しい側面があることは承知しているが、事業の見える化に一層取組み、法人の共通理解を促進するための工夫も期待する。</li> </ul>	

## II 組織の運営管理

### II-1 経営状況の把握

II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		評価
II-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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・業界全体の動向については理事長からの情報を経営会議及びグループ会議で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、専門員が倉敷地域自立支援協議会が主催する行政連絡会議や、2か月に1回開催されるスキルアップ会議への参加によって把握に努めている。利用者数や利用者像については、過去の利用者の傾向や利用者が所属する保育園、幼稚園、学校、サービス提供者事業者との情報交換により把握していると述べている。</li> </ul>	
	<p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・業界全体の動向については理事長からの情報提供によって、いち早く把握して事業計画への反映を行っているが、地域の情報や特に潜在的なニーズについては、行政連絡会議やスキルアップ会議への参加で事業経営を取り巻く環境を把握していることがヒアリング全体を通じて確認できたが、必ずしも積極的に、系統的に行っているとは言い切れない。経営環境の把握は事業にとって重要なことであるので効果的ニーズ把握とすることが必要である。また、現状は、各種会議の資料は保管されているが、情報を分析し、データ化し、集積し、中長期計画に反映している記録はない。今後のさらなる取り組み強化に期待する。</li> </ul>	

II-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		
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。	b
	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は毎月開催する経営会議で、予算の収支実績、利用者動向、契約数、職員配置、各プロジェクトの進捗状況等をデータ化して検討している。それらは、中期経営計画や次年度の事業計画に反映され、また改善課題等については、グループ会議を通じて職員に周知させている。</li> </ul>	
	<p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の運営を管理者より委譲されている専門員は、時期による利用者の推移は把握しているが経営状況に関する視点からコスト分析や利用率等の分析はできておらず、現場では経営状況の改善に向けた課題が中期経営計画や次年度の事業計画に反映されていないと自己分析している。経営状況の分析に関連して、法人全体の取り組みと事業所現場の取り組みの相互関連性について、管理者は専門員と情報共有に努め、共通理解を構築しながらリーダーシップを発揮することに期待する。</li> </ul>	

II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		評価
判断基準		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・平成25年度に、倉敷市の実地指導を受けた。書類記載上の不備が3点指摘されたが、即対応しており、それ以外に改善を要する特段の指摘は受けていない。また、法人は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。</li> </ul>	

## 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。	b
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、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>法人は中期経営計画に「相談からサービスまで切れ目のない利用者支援の実現」を掲げ、発達障害をもった子どもと保護者の支援に豊富な経験と知識、相談技術を兼ね備えた専門員を当事業所に配属して、サービスの質の確保を図っている。</li> </ul>	
	<p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>管理者は専門員の人員増が当事業所の課題であるとしている。平成26年度より、福祉サービスを利用するすべての利用者「サービス等利用計画」の作成が必須となったため、300名を超える利用者を1人の専門員が担当しており、特に「計画相談」に位置づけられているモニタリングは実施率が極めて低く、改善課題となっている。相談支援事業には人員配置基準はないが、共通理解を構築しながら人員体制が整備されていくことを期待する。</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	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する仕組みである。</li> <li>(訪問調査後)管理者と発達グループの統括部長によって、専門員にとってははじめての個別面接(年度の中間面接)が実施され、前期の振りかえりがおこなわれた。</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。	c
	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>法人では職員の有給休暇の消化率や時間外勤務の状況をデータ化し、経営会議で検討している。法人は昨年度から毎週1回の「定時退社デイ」を設けて、職員の時間外勤務の削減に努めている。しかし、「定時退社デイ」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、改善策を検討することを予定している。</li> <li>当事業所では管理者、専門員ともに時間外労働の対象となっておらず、就業状況の把握がなされていない。専門員は公休は取れるが、有給休暇は業務との関係でとりにくい実態であると述べている。</li> </ul>	
	<p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>職員の就業状況の把握や意向を定期的に確認する仕組みを構築することが必要である。</li> <li>相談支援などの対人援助業務では精神的なストレスを感じる事が少なくないといわれており、定期的な個別面接の機会を設けるなど、職員が相談しやすい組織内の工夫を期待する。</li> <li>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とのことであるので、分析結果に基づく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。	b
	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>法人は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。法人は昨年度ハラスメント相談窓口を設置し、今年度全職員への周知を図った。</li> <li>(訪問調査後) 管理者より「法人レベルで、ハラスメントに関する研修やその対応方法などの職員周知などはない状態のため、8月にグループ統括部長に今後の方向性の確認をしたところ、11月に、研修日程調整中であるとの回答があった」とコメントしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ハラスメントに関する相談実績はなく、その原因分析を行っていない。相談支援専門員は、ハラスメント問題の解決の方向性や相談員の研修といった相談体制にはまだ課題が残っていると自己評価しており、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福祉制度の变革や利用者・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。当事業所は、併設事業所の研修に参加する機会もある。</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>	

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。当事業所では、併設事業所が毎月開催している事業所内研修で、専門員業務に関連する内容の研修、例えば「保護者の理解、支援者としての関わり方」「福祉に従事する者の職業倫理」などに参加する機会がある。個別の職員に対する法人組織としての教育研修とは別に、行政が行う研修や倉敷地域自立支援協議会など外部機関が主催する研修会にも参加可能とし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>(訪問調査後) 管理者は、「現在は、相談支援専門員が1名であるが、職員育成の観点からも、相談支援専門員としての業務や求められることなどを明文化し、職員の個別の育成計画に沿った振り返りを考えていく必要がある。他の相談支援業務を担う機関と連携し、他のマニュアル整備と合わせて、話し合いを進めたい。」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>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>・専門員が参加した研修については、管理者への研修成果の報告とともに、併設事業所職員にとっても有益な内容である場合には合同の朝礼で報告するようにしている。法人内での研修については、研修教育委員会に個別に希望する研修テーマを提出することで、採択されれば次年度の研修計画に反映させることができる。</li> <li>・(訪問調査後)管理者は、「受講した研修に関しては、レポート作成し、事業所内、または関連事業所と共有していく予定である。」とコメントしている。</li> </ul>	
	<p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所は管理者と専門員の二人職場なので専門員が参加した研修内容を共有する職員がいない。管理者への研修成果の報告は、研修会資料の提示と口頭報告にとどまっており、レポートの作成や研修内容の発表などは行っていない。将来予測される組織の拡大(職員増等)を勘案すると、研修の報告レポートを作成し文書化しておくことは必要と考えられる。このことはまた、個別の職員教育・研修計画を立案する際にも有益であると考えられる。</li> </ul>	

II-3 安全管理

II-3-(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 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。	b
	b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	
	c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は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いる。当事業所は併設事業所と一体的にリスクマネジメントに取組むこととしており、併設事業所が実施する毎月の防災訓練にも極力参加している。また、リスク管理や危険予防トレーニング(KYT)に関する研修も実施している。</li> <li>・前年度、ヒヤリハットの発生は3件であるが、ヒヤリハット・事故発生処理報告書に事故内容、原因分析、今後の対策を記載し、事業所管理職に報告している。報告者、責任者、管理者の3者が関わることが一般的には重要と考えるが、当事業所では、書式上も専門員ひとりですべてが完結する仕組みになっており、自己評価でも、「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・実施する等の取り組み」は実施されていないと述べており、検討課題である。</li> <li>・事故発生より1か月経過後にフォローアップすることになっている。</li> <li>・(訪問調査後)管理者は、既にグループ会議において、「今後、法人内の会議で『相談事業所でのマニュアル作成に向けての動き』を提案し、承認後、話し合いの場を設定していきたい。」とコメントしている。</li> </ul>	
	<p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現場職員は、一人の事業所であるから、安全管理面を併設事業所と一体的に取組むことは合理的と考えられるが、加えて当事業所の主要業務である相談場面や居宅訪問時に想定されるさまざまなリスクを顕在化させ、整理し、対応マニュアルを作成しておくことが必要と思われる。</li> </ul>	

II-3-(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	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は感染症予防と発生リスクに対応する、感染症マニュアル、救急救命法マニュアル、災害対応マニュアルなどを作成している。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。当事業所の感染対策は併設事業所と一体的に取組むこととしている。感染症のマニュアルの見直しは、看護師連絡会が中心に行っている。職員は居宅訪問時にはマスクやウェットシートなど感染予防セットを携帯してリスクに対応する体制を整えている。</li> </ul>	

II-3-(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	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。当事業所は併設事業所と一体的に取組むこととしている。災害発生時に行政から求められる利用者の安全確認事項と報告内容、災害発生時に構築しなければならない行政との連絡体制が当事業所のマニュアルに追加され、一層の周知が図られている。非常用備蓄食品は併設事業所と共同備蓄としている。</p>	
	<p>■ 改善課題</p> <p>・当事業所では、災害時において、建物・設備類や福祉サービス提供を継続するための対策を講じていない。さらに利用者及び職員の安否確認の方法が定められていない。災害はいつも想定外の事態を引き起こすので、想定外を想定内にするための安全確保対策と、さらに想定外が万一起きたときの対応は、当事業所だけの課題に留まるものではないので、法人全体で取組むことを強く期待する。</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。	b
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
講評	<p>■ 取り組み状況</p> <p>・地域交流支援は、利用者個々のニーズに応じて、親の会が開店・運営している障害者カフェを紹介したり、利用者とボランティアの会の活動を仲立ちしたり、さらには、市総合療育相談センター「ゆめばる」が主催する、障害児を兄弟姉妹にもつ子どもたちに向けたプログラムを利用者に紹介することや、保育園や幼稚園の見学や交流会に同行するなどの取り組みを行っている。</p>	
	<p>■ 改善課題</p> <p>・専門員の現状を考慮すると現在の取り組みが限度とも考えられるが、社会福祉事業所に期待される地域での役割は大きく、その一端がこの評価項目に具体化されている。例えば、法人が掲げる「地域貢献」を基に、障害を持つ人やその家族が地域と良好なつながりのある生活をどのように支援していくのかといったことを当事業所レベルで明確化(明文化を含む)しておくことや、地域に住まう障害をもつ人々が活用できる社会資源や関係情報の広報活動、および利用者が地域活動を行う際の支援体制の構築、障害をもつ人々や社会福祉施設に対する住民理解を深めるための取り組みなどがあげられる。これらは併設事業所との協働も考えられる。</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	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。	b
	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>・所属グループは、「地域で育む 子どもと子育て」を大切に、子どもの豊かな発達支援と家族の子育て力の強化支援を重点目標にしている。専門員は倉敷発達障がい者支援センターのフォーラムに専門職スタッフとして参画し、専門性を地域に還元している。また、市障害福祉課が障害児相談支援事業の従事者を対象とした研修計画の作成に参画したり、発達障害児者の支援に用いる市所定の様式の改訂作業に参画して、専門性を発揮するなど、事業所が有する専門機能を地域に還元している。</p>	
	<p>■ 改善課題</p> <p>・他機関・団体との連携によって事業所が有する専門機能を地域に提供する取り組みが始まったところである。事業所の活動や機能を地域の人びとにわかりやすく情報提供する取り組みはこれからである。併設事業所と協働して情報発信していくなど、法人の総合力を活用した「生涯生活できる地域環境づくり」に向けた活動に期待する。</p>	



II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		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。	b
	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>・相談活動上必要な社会資源情報として、行政機関が作成した社会資源に関する資料やNPO法人が作成した「倉敷子育てハンドブック ひとりじゃないよ」、その他複数の出版物をまとめて、活用できるように工夫している。併設事業所利用者と当事業所利用者は重複している方が少なくないため、新しく入手した社会資源について朝礼で説明して、必要な情報を併設事業所職員と共有できるようにしている。市総合療育相談センター「ゆめばる」は障害児が利用できる社会資源情報の総合センター機能を持っているので、連絡方法や利用方法を職員間で共有し、確実に利用者に紹介できるようにしているという。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・この評価項目の着眼点が求める「自立生活に資する社会資源の改善・開発」には至っていないが、ガイドヘルパーや緩やかな見守りといった社会資源が開発できれば、地域自立生活の可能性が広がるのが実践を通して分かってきたと専門員は述べており、さらなる取り組みに期待する。</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	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>・自立支援協議会相談部会が2か月に1回開催するスキルアップ会議(事例検討会)に参加して、具体的な課題や事例検討を行っている。また、市総合療育相談センター「ゆめばる」、市障害福祉課、児童相談所の各担当者、保健師、サービス提供事業所や相談支援事業所の相談員、消費生活センターの消費生活相談員、学校教員など、関係機関で構成するケア会議を通じてネットワーク化に取り組んでいる。ネットワーク内では、多問題で深刻な課題を抱える事例が共通の問題として取りあげられ対応を検討するなどしている。</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>・地域の福祉ニーズは、サービス提供事業所や相談支援事業所の相談員、行政担当者、他の関係団体と開催する事例検討会やケア会議などの連携の機会を通して把握している。現状は、地域によるサービス量の違いやサービス種別の偏りなどが課題であると専門員は見ており、また、相談業務を通して具体的なニーズの把握をしていると述べている。</li> <li>・(訪問調査後)「保護者への聞き取りの際に、地域に対するニーズの確認はできていず、作成する書類の項目に加えて、聞き取るようにしていく予定」とコメントしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の福祉ニーズや、相談業務を通して個別ニーズの把握は行っているが、それらは、地域の福祉ニーズとして記録されているわけではない。各福祉サービス事業所に期待される役割として地域の福祉ニーズ把握の重要性を再認識するとともに、把握したものを記録化し具体的実施に結びつけられるようにしておくことが望まれる。</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	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。	C
	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          ・法人は中期経営計画の柱の1つに「地域福祉ニーズに対応した開拓的事业への挑戦」を掲げている。当事業所では把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業や取り組みを計画できていないと自己評価している。</p> <p>■ 改善課題          ・福祉ニーズを整理分析して事業活動として計画化するまでの取り組みには至っていない。地域の福祉ニーズの把握とともに、相談機関として、地域の福祉ニーズに基づいた専門性の発揮のあり方についての検討とその具体化に期待する。</p>	

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-1(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」の追及を基本方針の一つに掲げ、会報や各事業所の掲示などに明示している。相談支援専門員(以下、専門員)は、この基本方針を「保護者が子どもの状況を理解し自信をもって子育てができるようになること」とし、支援上のモットーにしている。このことは、「サービス等利用計画」にも反映されており、また、利用者の都合を優先した訪問や、今回の利用者調査結果(大満足・満足:92%)からも読み取ることができる。利用者調査の内容は、専門員が、こどもの状況・保護者の意向を把握し保護者との信頼関係を軸に適切なサービスを提供していることを示唆するものになっている。しかし、現状は事業所管理者が専門員のモットーを理解し共有しているという状況にはない。</li> <li>また、法人内拠点による専門研修において年一度、職業倫理、利用者の尊重や人権への配慮、虐待等に関する研修によって理解の浸透が図られており、専門員自身も受講によって気づきを得ることができたと述べている。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢の明示、共通理解を持つための事業所としての取り組みはこれからである。</li> <li>専門員が支援上モットーとする事項は、組織全体で共有していることが重要である。重要事項説明書などへの明記によって利用者へも周知を図ることが必要と考えるが、これは、この項目では求められていないため評点に反映していない(Ⅲ-3-(1)-①に該当)。</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>利用者のプライバシーの重要性や社会福祉従事者としての向き合い方など、プライバシーに関する規程・マニュアルといった文書は備えられていない。</li> <li>実践面では、「計画相談」の要件となる居宅訪問時には、突然の訪問を避け家族の意向優先の訪問日時の設定や、家庭内の様子が視界に入らない着座位置とする、関係機関への利用者情報の提供を必要とする場合に備え「個人情報提供同意書」で承諾を得、更に必要の都度、提供情報内容を説明し了解を得るなどの配慮を行っているとしている。利用者調査でもプライバシー保護について90%が肯定し明確な否定はなかった。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>プライバシー保護の点で、利用者の尊厳を尊重し良質なサービスを提供できる事業所の継続性を考えると、プライバシー保護の考え方や実践面のあり方等について文書化して残し、専門員の振り返り、新たな職員への周知策とする必要性はある。特に、訪問時におけるプライバシー保護は特有の環境条件であるので、特段の配慮を必要とすることが考えられる。また、相談事業所として、リーフレットやHP、重要事項説明書など、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> <p>(この評価項目は、プライバシー保護について適切な実践に結びつく体制づくりを求めている。当事業所は、実践面では、配慮されていると考えられるが、基準になる文書が具備されていないことが評点に反映されている。)</p>	

Ⅲ-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	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。	a
	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> <p>・当事業所は市の窓口から紹介されてくるコミュニケーションに障害をもつ子どもに関する相談が大半を占める。コミュニケーション能力の向上は、保護者からの改善希望として最も多いと専門員は述べている。保護者の課題意識、子どもからの表出、専門員の観察等により、把握されたコミュニケーション上の課題は、例えば「言葉や動作、ものの使用、その他の補助手段の活用によって、自分の思いを伝える」など「サービス等利用計画」(以下、「利用計画」という。)に反映させている。子どもの障害状況については、家庭での様子や、保護者やサービス提供事業所、医療機関等の関係機関からの情報を元にアセスメントしている。また、専門員はすべての子どもの行動を観察し、その状況によっては当該児に確認をし保護者とも相談をして利用計画や助言として具体化している。このことはヒヤリングにおける専門員による説明の一貫性と利用者調査の結果が裏づけている。</p> <p>・また、保護者の個別状況により他の親族の同席を求めた例もあるなど、より適切な情報を得るために他者の同席も受け入れている。</p> <p>・(訪問調査後)当事業所では、従来用いていた倉敷市所定のアセスメントシート以外に、事業所独自のシートを作成し、訪問時の様子や様々なニーズを書き込めるように改善されたとの報告を得ている。</p>	
	<p>■改善課題</p> <p>・更なる改善として、障害当事者である子ども自身の意思の把握状況の確実な記録化を望みたい。現状は、「利用計画」の「解決すべき課題」欄によって、子ども自身の要望を把握していることが確認できるが、必ずしも把握したすべての要望が本欄に反映されるとは考えられず、また当事者主体の社会福祉実践の考え方からいえば、子どもへの直接の意向把握行為はエンパワーメントにつながり重要なかわりであると考えられる。</p>	

Ⅲ-1-(1)-④ 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
	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。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>・法人発行の「虐待対応マニュアル」では虐待が発生した場合の対応手順が示されている。また法人内で毎年実施する虐待防止に関連する研修は、具体例等を盛り込んだ資料が各参加職員に配付され、参加した専門員は少人数研修でもあり、非常に感じる場所があったと述べている。研修としては、また、障害特性等から対象者の行動が理解できるように障害特性の理解と接し方についても行われている。</p> <p>・(訪問調査後)管理者は、「法人全体での取り組みを確認しながら、事業所で実施すべきこと、相談系事業所と連携して取り組むことを考えた」とコメントしてきている。</p>	
	<p>■改善課題</p> <p>・虐待防止の観点から障害特性への理解を深める研修は実施されているものの適切な対応について職員間の意識統一ができるまでには至っていないとの自己評価である。この点に関する研修体制が具現化されたところなので今後の取り組みに期待するとともに、日々、虐待防止意識を喚起するような取り組みや、職員に虐待行為が確認された場合の処分規程の設定、虐待の早期発見や問題解決のための行政庁が行う調査への対応の仕組みの明示と職員への周知などは取り組みの着眼点とされており、今後、法人・事業所が取り組むべき課題といえる。</p>	

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。		
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。	c
	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	<p>■取り組み状況</p> <p>・「利用者満足の実現」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内外への周知を図っている。</p> <p>・当事業所としては、事業所や職員に対する利用者の意見や要望を把握する取り組みなどは実施していない。今年度は、はじめて第三者評価を実施し、それに伴う利用者調査によって様々な利用者意向を把握する機会になったと思われる。法人全体では、定期的な第三者評価が検討されているので当事業所でも今後、利用者調査を定期的に行う可能性はあるが、事業所としてはこの法人方針については未確認である。</p> <p>・(訪問調査実施後)専門員は「利用者の不満、要望を確認するための方法(例えば、聞き取り、アンケート、記入用紙の配布等の複数の方法)を検討したい。」とコメントしてきている。</p>	
	<p>■改善課題</p> <p>・利用者の要望や不満の組織的把握策として、居宅訪問をサービス提供の要件とする当事業所の特徴を活用し、運営やサービスに関する不満や要望について簡単な聞き取り調査を定期的に行うことも考えられる。また、個別相談の中での専門員による気づきをメモにして残す方法なども考えられる。</p>	

Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上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、実際にその上に向けた取組を行っている。	C
	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。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者満足に関する調査や結果の分析とその記録など、事業所や職員に対する利用者の要望や意見を活かすための仕組みは整備されていない。したがって利用者の意向を組織や運営、標準的なサービス提供の改善に反映した例もあがっていない。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・様々な形で把握された意見や意向をどのような手続きで、組織、運営や標準的サービス提供の改善に結びつけるのかを明確にし、確実にこれらの改善に役立てる仕組みを設けておくことが必要と思われる。</li> </ul>	

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。		b
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) 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>・利用者が必要に応じて相談ができ意見述べやすい環境を整えることが求められている。当事業所の現状は、一人の専門員が利用者への対応をする体制であって利用者にとっては選択の余地がない。しかし、契約書には契約期間中でも解約ができることを明記し利用開始時に説明もしていると自己評価している。</li> <li>・一般に、「計画相談」では原則として居宅における相談を要件としているが、当事業所では利用者の都合に合わせて事業所内でも相談を受けているという。</li> <li>・(訪問調査後)専門員は、「居宅訪問が中心となるため、利用者の不満、要望を確認する為の方法(聞き取り、アンケート、無記名の記入用紙の配布等、複数の方法)を検討したい。」とコメントしている。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が職員を選択できる環境の構築は「利用者本位の福祉サービスにおいて不可欠である」(全社協ガイドライン)。当事業所の場合、実質一人職場であるので、職員を選択できる環境として事業所管理者を含め今後の体制を検討する必要がある。そして、その掲示や、例えば重要事項説明書への記載など利用者にとって分かりやすい環境にしておくことが求められている。</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	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>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情受付窓口等については、「計画相談」で用いている重要事項説明書に苦情相談窓口、市の相談窓口、県の倫理委員会、県運営適正化委員会について連絡先や電話番号を明記し契約時に説明をし、相談室にもこれを配備して来談時に読むことができるようにしている。しかし第三者委員については明記されていず、また事業所内掲示も見られない。</li> <li>・法人の「意見・苦情・要望発生処理報告書」によると、苦情の内容、対応、原因、対応策とその実行までを「報告者」が記載し、責任者・管理者が決定関与することになっているが、「報告者」の立場は問われていない文書であるという課題を含んでいる。</li> <li>・保護者等からの意見、苦情は、窓口になっている専門員が受けるが、これまでは受けたことがないという。苦情などを受け付けた場合、その対応については当事者に伝えることになっている。今回の利用者調査では苦情解決策の周知率は55%である。本制度の目的としては高いとは言えない周知率である。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <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、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おり、本評価はこれに準じている。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。当事業所については、第三者委員の氏名、連絡方法の明示、報告書記載要領の作成、苦情等の解決策の検討の仕組み、公表、等が課題である。</li> <li>・相談室に配備されている印刷物は苦情に関して言えば、細かく分かりにくく周知するための文書としてはひと工夫が必要と思われる。また、重要事項説明書を要しない「計画相談」以外の利用者への周知策の検討も必要と思われる。</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	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>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者からの意見等への対応マニュアルといったものは策定されていないが、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」によると、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が、記入者が不明であるといった課題も含んでいる。</li> <li>・また、当事業所では、これまで事業所や職員に対する意見や要望を受けた実績がない。専門員は、法人相談系事業所に共通する改善課題への対応を検討する場をもつ必要があると感じている。</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必要と感じている。余程、甚大な事故か損失、または、積年の思いでなければ、一般には、飲み込んでしまう。そこで、人知れず意見を書いて投函できるような仕組みや、個別相談のプロセス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、などが重要になると考えている。さらに、収集した意見等の記録、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と考えられる。事業所管理者を同じくする併設事業所と協働することも考えられる。</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。		b
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) 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>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市が実施している「指定特定相談支援事業者、障害児相談支援事業者自己点検表」によって、基本方針・人事・運営等について例年自己評価し、市に提出している。今年度はこれからである。昨年度、指摘事項はない。</li> <li>・当事業所は、事業所管理者と専門員の二人職場だが、これまでは事業所管理者の関与がほとんどなく実質的には専門員の判断で指摘事項の改善をすることになっていた。今後は事業所管理者もその検討や決定に関与することになる。</li> <li>・法人主導で本年度実施している第三者評価に関する担当部署、評価結果の分析検討の場について、一人職場状態にあった専門員までは周知されていない。</li> </ul>	
	<p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、事務局に第三者評価担当窓口を置いて年度ごとの評価実施を幹部職員による部長会議で決定し、評価の結果については各グループ統括に同会議で報告させている。また、評価結果による改善は法人レベルでの取り組み、各事業グループでの取り組み、各事業所における取り組み、課題によっては「拠点」での取り組みも考えられる。しかし各事業所管理者の職階によって法人における評価への取り組みの方針や仕組みの理解、評価結果から見える課題への取り組み姿勢が異なるように思える。すべての事業所においてサービスの改善に向けて効果的に第三者評価を活用することができるよう、もう一度、法人としての第三者評価に向き合う姿勢や取り組みの体制、結果の扱いについて検討し、職員への周知を図ることが必要ではないかとの感想をもつ。</li> </ul>	

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	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>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、先に実施された市の「指定特定相談支援事業者、障害児相談支援事業者自己点検」では、専門員が点検結果の確認と改善をする方針で取り組んでいる。</li> <li>・サービスの質向上の取り組みとして法人は、事務局に第三者評価担当窓口を設置し、法人全体の事業所について定期的に第三者評価を実施する方針である。相談事業に関しては、全国の第三者評価推進組織(全社協)でも評価尺度については未検討であり、第三者評価に関する国レベルのガイドラインがないなか評価尺度の開発を認証評価機関 NPO法人メイアイヘルプユーにあずけ、平成27年度のモデル評価に続いて今年度は当事業所を含む相談系2事業所の評価実施に至っている。当事業所に関する今後の第三者評価予定は未定である。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的な自己評価または第三者評価に関して、事業所が積極的な動機づけと明確な方針をもって事業計画のPDCAサイクルに取り込めるような仕組みの整備が必要と思われる。</li> </ul>	

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	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでの市が行う「指定特定相談支援事業者、障害児相談支援事業者自己点検」においては、実施計画を必要とするような改善の指摘はなかったと専門員は述べている。今回の第三者評価を通じて今後は、管理者と専門員による話し合いの機会をもち結果の分析と課題解決の見通しを立てる方向性は、両者一致した見解が確認された。</li> </ul>	

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>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・28年8月現在の相談件数305件のほぼ全数が、市の障害福祉相談窓口からの紹介による「計画相談」を主訴とする発達障害をもつ子どもである。専門員は、関係団体が発行した「サービス受給にかかわるガイド」(利用者用)やサービス等利用計画サポートブック、当事業所が作成した受給者証更新手続きに関する案内(シート)などをガイドラインとして相談に応じている。また、国の制度を受けて市が実施する事業として市が求める規程類も多いが概ね遵守していると推察できる。発達相談などの「基本相談」や、主訴「計画相談」から派生する相談については、標準化を目的として具備しているものは、「相談受付票」及びアセスメントシートとなる「相談者記入シート」である。</li> <li>・「計画相談」への対応については、市が促進する「指定特定相談支援事業者、障害児相談支援事業者自己点検」が、市が求める標準的な実施方法の実践状況を見直す機会になっている。</li> <li>・(訪問調査後)専門員は、法人内の相談支援事業所と連携して、標準化に取り組む意向を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>・知識や経験豊富な専門員が単独で業務おこなっている現状である。「計画相談」については制度を遵守し、標準化されていない事案については経験と専門知識でカバーできており判断軸の安定性が推察される。しかし、事業所組織やサービスの質の継続性、組織の拡大(相談職員の増員など)、改善などを勘案すると専門員が当事業所サービスの標準として実施している考え方や手順、留意事項等を文書化しておくことは必要である。「基本相談」や「計画相談」から派生する相談についても同様の考え方ができる。(評点は、当事業所の将来を見通した結果になっている。)</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	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。	b
	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>■取り組み状況</p> <p>・当事業所では、市の「指定特定相談支援事業者、障害児相談支援事業者自己点検」を年一度実施することが決められており、市が定める標準的実施事項については実施状況の見直しにつながっている。しかし、当事業所で実施している受理面接からモニタリング、終結の過程で実施されている専門員独自の取り組みや留意事項(例えば、保護者情報の補足、居宅訪問時のプライバシー保護、信頼関係の構築など)の文書化は見られず、したがって、見直もない。発達相談等の「基本相談」、「計画相談」から派生する相談の見直しについても同様である。</p> <p>■改善課題</p> <p>・主訴「計画相談」から派生する相談、及び「基本相談」に関する事業所としての標準化の取り組みと見直しの体制の構築が期待される。</p>	

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。		b
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) 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> <p>・サービス実施の記録として、相談受付票、市指定共通アセスメントシート、サービス等利用計画票、モニタリング報告書など、所定の様式が用いられている。「計画相談」における当事業所に期待されている役割は、市の障害福祉相談窓口及び利用者が通所する事業所に対する包括的なサービス利用計画の策定である。利用計画の実施状況は、所定の「モニタリング報告書」に記載される仕組みである。</p> <p>・「計画相談」以外の相談、主訴「計画相談」から派生する相談事項、「基本相談」については記録内容や活用について決めごとがなく、専門員の必要事項メモになっている。利用者の主訴の殆どを占める「計画相談」に特化すれば、市が定める記録様式に求められていることは適切に記録されている。しかし、主訴「計画相談」から派生する相談や「基本相談」の内容を記録する「相談記録」については、事業所に属する記録として誰にでもわかるような記録とは言えない。</p> <p>・(訪問調査後)専門員は、事業所にとって必要な支援記録等を揃えていくことを考えるとコメントしてきている。</p> <p>■改善課題</p> <p>・「相談記録」への記録事項、記録の方式などを定め、だれが見ても事業所の公式記録として分かるようなものとしておくこと。</p>	



Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		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。	C
	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>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>記録管理者は定められていないが、実質的には専門員が保管管理を行っている。「計画相談」の場合、保管期間は市の規程に従っている。利用者等からの開示請求に対しては、「求めに応じてその内容を開示」と重要事項説明書に明記されているが事業所としての規程はない。</li> <li>個人情報保護や情報開示の観点からの研修、個人情報保護法の研修等は行われていない。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者に関する記録(様式)には、事業所として情報収集した利用者の個人情報及びプライバシーに関する事項が原則としてすべて記載されているはずである。事業所に属するこうした記録が紛失・盗難等の事故に遭遇することなく保管され、利用者の求めに応じ、また業務の点検に資するものとなるために、記録管理者の明確化(明文化)、記録管理に関する規定の策定と事業所内周知、個人情報保護法の学習などが当面の課題として考えられる。</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ない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当事業所への運営や利用者支援に係る情報は、法人から主にエリアネットワーク及び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において伝達される。その他、同種サービス事業所連絡会等関係機関による会合などや内外の研修から得る情報がある。管理者は、職員に必要と思われる法人情報等は朝礼の場で報告し共有化を図っている。その他の当事業所への外部情報は、直接、専門員が入手している。朝礼では専門員が研修等で得た情報のうち併設事業所職員に有効であると判断したものは情報提供するようにしているという。</li> <li>利用者情報を共有すべき対象は、組織内では、実質的に一人職場状況であるので共有すべき対象がなく、関係機関や外部のサービス提供事業所担当者などとなっている。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>更なる改善として、実質、職員一人の事業所なので現状で問題は発生していないと思われるが、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、必要な個所に漏れなく情報が伝わるように情報の入り口と流れを明確に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。折を見て組織の継続性やサービスの質の維持という観点から事業所内での情報の流れを明文化しておくことを勧めたい。</li> <li>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重要だと考えられるが、本評価項目では支援に係る記録類は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 利用希望者に対してサービス選択に必要な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。	C
	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は広報委員会を設けて年3回、理事長メッセージや全事業所の取り組み等を紹介する会報を発行しているが、当事業所としてこの会報を利用者に配付することはない。また法人ホームページ上の当事業所紹介は事業所名と連絡先のみで、基本方針、サービス内容、職員体制などは掲載されていない。</li> <li>・また、事業所の案内書などは発行されていない。利用者は主に市の障害者福祉担当窓口で紹介を受けるか、市発行の同種サービス事業所一覧、またはWAMNETによることになる。利用者調査の結果では42%が当事業所に対する情報入手が容易であったとしているが、「窓口で紹介された」とする自由記述が多い一方で、「端末の検索では分かりにくかった」などの自由記述も散見される。</li> <li>・(訪問調査後)「現在使用中の契約資料の他に、理念、基本方針、「てとて」で大切にしたいことなどをまとめた文書を作成し、事業グループ内の合意を得る段階にある」の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>・ここでは、市民の選択に資するわかりやすい情報提供の工夫を求めている。特に、サービス利用についての自己決定が重んじられ、セルフプランを認めている社会福祉の現状において、利用者の選択に資するための十分な情報提供は、事業者や従事者の努めであると言える。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)、わかりやすい情報提供の工夫(事業所の考え方やサービス内容、職員体制などがわかるわかりやすいリーフレットの発行やホームページ掲載事項の見直し)などが考えられ、まずは、利用者層が活用しやすい情報媒体の充実が望まれる。</li> <li>・また、「計画相談」を実施する事業所が利用者へ提供すべき情報として、当サービス事業所には、運営規程の概要、障害(児)者相談支援の実施状況、相談支援専門職員の有する資格、経験年数及び勤務体制、その他利用申込者のサービスの選択に資すると思われる重要事項等を「掲示」することが求められている。利用者への情報提供の意義を踏まえた情報提供の再検討が望まれる。</li> </ul>	

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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・電話による申し込みが多く、内容は所定の「相談受付票」に記載している。「計画相談」は訪問による居宅相談が原則になっていることをインテーク段階で説明し理解を得ている。また、通所希望先や現在所属している機関との連携による情報交換が必要であることや、聴取すべき情報の内容などについても説明し、個人情報の提供については同意を得た上に「情報提供同意書」の提出を求めている。緊急性の判断や他事業所の紹介などは、速やかな判断ができる経験豊富な専門員が担当しているので判断に迷うことはあまりないが、万が一の場合は関係機関による「ケース会議」に諮ることができる。</li> <li>・インテーク(受理面接)後の対応についてはその場で決定し、必要に応じて利用者(保護者)に再確認をして進めているとしている。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・更なる改善として、事業所組織の変動も考慮し、インテーク手順や留意事項を文書化しておく必要はあると考えられる。障害をもつ人の相談支援におけるインテーク段階は、緊急性の判断が求められる場合があることや、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える。</li> </ul>	

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を得ている。		評価
判断基準		
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や家族等にわかりやすく説明を行っている。	a
	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や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や家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスの開始にあたっての説明対象は、こどもの年齢が低いために保護者となっている。多くの場合、説明時には所定の重要事項説明書を示して、対象者の個別状況に応じて、例えば、説明のポイントを視覚化する、他の家族の同席を提案するなど、理解をしてもらえるように配慮し、説明後は確認のサインを受けている。</li> <li>・当事業所よりも適切であると考えられる場合には、対象者の了解の上、他事業所を紹介し当該事業所に連絡をする等、確実に引き継がれるように支援をしているという。</li> <li>・また、重要事項説明書の内容は、保護者の動きに直接関わるか所はわかりやすい表現で加筆し、契約書はあまり関わりのない条項を削除する等わかりやすさを目的にできるだけ簡潔な表記となるよう工夫している。</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 事業所の変更や家庭への移行(生活の場の移行相談支援)などにあたり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) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。	b
	b) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所での相談は、「計画相談」が圧倒的多数を占め1年～2・3年契約が多いとされている。契約終了時には、利用者等が継続して相談することができるよう他の相談窓口の紹介もしていることがデータ化されている。</li> <li>・病院の入退院、転校や卒業に伴う環境の変化(移行)への支援計画や関わりを必要とする相談(基本相談に含まれる)は殆どなく、事業所として対応のための仕組みはもっていない。事前に主訴を把握することができれば保護者及び対象機関から情報を得て、アセスメント、支援計画、支援、モニタリングの過程を踏むことになると専門員は述べている。</li> </ul> <p>(訪問調査後)専門員は、「9～12月にかけて転居に伴う相談を受け、転居先の福祉施設の情報や行政への連絡方法などの確認、情報提供をし、対象児の状況はモニタリング記録にまとめ、保護者に手渡すようにしたが、こういった手順をまとめていく必要がある」とコメントしてきている。</p> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が扱う相談は「計画相談」に特化しているわけではないので、生活の場の移行に関する相談はあり得ると考える必要がある。どこで生活しても一貫性のあるサービスを受けることができるよう事業所として対応の仕組みづくりが必要と思われる。</li> </ul>	

Ⅲ-4 相談支援計画およびサービス等利用計画の策定

Ⅲ-4-(1) アセスメントの実施		評価
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。		
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。	a
	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>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「計画相談」が圧倒的に多い当事業所では、市が求める手順に基づいて「サービス等利用計画書」策定を行っている。アセスメントは居宅訪問によって行われており、専門員は、家庭での聴き取りは対象者の緊張が少なく、こども(当該児)の様子や保護者(母親が多い)も気分を楽にして話せ、家庭の雰囲気を含めて情報が得られ、アセスメントしやすいと述べている。アセスメントの結果は、「市共通アセスメントシート②」に記入できるよう工夫している。アセスメント後には直ぐに計画の策定をするが、全過程においてこどもの様子を見ながら保護者から情報を得、理解を確認しつつ実施していることは推察される。この点について利用者調査の結果95%の肯定と自由記述が裏付けている。</li> <li>・当事業所対象児の関係機関(通所事業所・学校・医療機関)からできるだけ情報収集をしてアセスメントに反映するよう努めているが、十分な時間が取れずすべてはできていないとの自己評価である。</li> <li>・アセスメントに際しては、保護者が当該児に望む生活像を描きつつ保護者の話を聴いて課題を計画化しているが、新規相談の場合、保護者の考えが明確化されないと専門員は考えている。</li> <li>・アセスメントの見直し時期は保護者の状況を勘案して個別に定めている。</li> <li>・(訪問調査後)専門員より「倉敷市所定のアセスメントシートに加えて、事業所独自のシートを作成し、訪問時の様子や様々なニーズを書き込めるようにした。」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>・更なる改善として、市が定めるアセスメントシートの構成は、基本情報に限られており、家庭での子育てにも影響する障害児支援のためのアセスメントシートとしては項目の補足が必要と思われる。また、こどもの将来像を見据え、保護者が抱える課題等、包括的なアセスメント結果についての記録様式を定めておくことが事業所としてのサービスの質の継続性にとって必要と思われる。</li> </ul>	

Ⅲ-4-(1)-② 利用者の地域生活上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、地域生活上のニーズや課題を具体的に明示している。		a
	b) アセスメントに基づき、地域生活上のニーズや課題を明示しているが具体的ではない。		
	c) アセスメントに基づき、地域生活上のニーズや課題を明示していない。		

<p>講評</p>	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・専門員は、当該児とその家族が地域でその人らしい生活を送るためには、保護者が障害をもった子どもの状況を理解し自信をもって主体的に子育てができるようになることであるとの考え方に基づいてアセスメントをし、計画書に反映させている。</li> <li>・対象児の地域生活上のニーズや課題は、保護者の意向・こどもの思いを中心に見立て、専門員の見解についても保護者と相談をしながら、「サービス等利用計画書」に、〇〇ができるようになって欲しい、△△ができるようになりたい等と具体的に、要望の主体もわかるように記載されている。</li> <li>・専門員は、当該児に利用している関係機関(サービス提供事業所や保育園など)があるような場合には、そこからの情報も含めてニーズや課題を検討しているが、すべての対象にできているわけではないとの認識も持っている。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・更なる改善として、現状は知識と経験豊富な専門員が主として保護者と相談をしつつ地域生活上のニーズや課題が導き出せているが、将来の職員増に伴うサービスの質の維持・向上を考慮すると、「ニーズ」や「課題」についてその意味や決定のプロセスを文書化しておくことが考えられる。</li> </ul>
-----------	---

Ⅲ-4-1(2) 支援計画、サービス等利用計画案、サービス等利用計画を策定している。		評価
Ⅲ-4-1(2)-① 支援計画、サービス等利用計画案、サービス等利用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支援計画、サービス等利用計画案、サービス等利用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。	a
	b) 利用者一人ひとりの支援計画、サービス等利用計画案、サービス等利用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支援計画、サービス等利用計画案、サービス等利用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>・専門員がサービス等利用計画策定の責任者となり、居宅訪問によるアセスメント面接時に保護者の意向・こどもの思いを中心にアセスメントし、専門員の見解についても保護者と相談をしながら計画を策定し、基本的にはその場で計画を手渡す方法をとっている。計画には、保護者の理解を得つつ必要に応じて関係機関からの情報も含めている。</li> <li>・アセスメント段階で保護者の意向と専門員の見立てが異なる場合は、保護者の要望を優先させて計画し、その後のモニタリング等の関わりを通じて、時間をかけて保護者の気持ちの整理を支援し、その後の合意によって、計画変更をしていく事例もあるという。</li> <li>・「計画相談」以前に、利用希望の通所事業所等を決めている場合が多いが、新たな利用事業所に関する情報提供を必要とする場合には低年齢の発達障害をもつこどもの支援先などはサービス提供事業所数に限界があるものの利用者の状況を優先し、一法人に偏ることがないようにインフォーマルな社会資源を含めて説明し紹介をするなど市の規定を遵守して情報提供をしている。</li> <li>・サービス担当者会議において当該児や保護者の様子を説明し関係者の役割分担をし、計画に反映している。多くの「計画相談」に応じる都合上、サービス提供者会議の開催が計画決定後であり決められた手順としては逆だが、こどもや保護者、サービス提供事業所にとっての問題は生じていないと専門員は見ている。このことは、適宜のサービス提供事業所への情報提供や助言、アセスメントの的確さと保護者の納得を得た計画策定等、専門員の質に由来していると推察される。</li> <li>・計画書には保護者を含めて関係事業所による支援上の留意点が具体的に記載されている。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・更なる改善として、事業の継続とサービスの質の維持・向上を目的として、事業所としての計画策定上の留意点等を文書化しておくことが考えられる。</li> </ul>	

Ⅲ-4-1(2)-② 定期的にサービス計画実施状況の評価・見直し(モニタリング)を行っている。		評価
判断基準	a) すべての計画について、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。	b
	b) すべての計画について、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) すべての計画について、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>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「サービス等利用計画」の適切性やその後のニーズの変化の把握等を目的とする「モニタリング」は、定められた計画の見直し時期に合わせて、居宅訪問を始め関係者から情報を得て、必要に応じてサービス提供者会議を招集するなど手順が決められている。しかし、モニタリング実施状況は極めて低い。専門員は、支援の方向転換、住所変更、家族の変化、こどもの状況の変化など、緊急に計画変更を要する場合に限られてしまうと述べている。</li> <li>・当事業所との契約終了後においても当専門員による関わりを求める保護者の声は、今回の利用者調査にも反映されている。専門員も、モニタリング同様、この点も当事業所の大きな課題と認識しているが、現状、一人で担当する「計画相談」件数が多いために保護者からの要望に、応えられないのが現状であるという。この点は事業所管理者も理解して対策を講じているが効果がみられないという。</li> <li>・緊急な計画変更は、当該児の利用サービス事業所や保護者からの連絡により実態を確認し、市が定めている手続きに則って行われている。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・制度上、すべての「計画相談」にはモニタリングが義務づけられている。また、それを望む利用者の声も今回の調査では把握されている。地域でその人らしく生活することを目標として、「サービスを効果的に利用するためにマネジメントを行う」(WAMNET)事業所として制度の目的が達成されるよう、また、利用者満足の追求の具現化として、更なる改善策の展開を求めたい。</li> </ul>	

## IV 具体的なサービス内容

### IV-1 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) 障害児・者の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 障害のある人の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) 障害のある人の相談支援機関としての相談体制を整備している。	b
	b) 障害のある人の専門的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) 障害のある人の専門的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>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の中心的主訴となっている18歳未満のこどもの「計画相談」は、支援の全過程を通じて、例えば保護者の都合を優先した居宅訪問時間の設定、十分に保護者(大きなこどもは当事者)の訴えを聴き丁寧な説明をして合意を得つつ目標に向かうといったきめ細かな実践が行われていることが、専門員の説明、利用者調査結果、サービス計画の内容などから汲み取ることができる。</li> <li>・当事業所来談者は既に利用サービス事業所を既に決めている場合が多いが、新たな利用先の紹介を必要とする場合には、利用者の状況を優先し一法人に偏ることがないようインフォーマルな社会資源を含めて説明するなど市の規定を遵守して実施している。</li> <li>・専門員は市が開催する相談支援専門員向けの研修企画にも参画しているが、自身も県や市が実施する「相談支援スキルアップ研修」等に参加して専門性の向上を図っている。また客観的意見を必要とするような場合には、外部の自立支援協議会相談部会の事例検討会に諮ることができる仕組みをもっている。</li> <li>・居宅訪問が多いので、訪問先でのプライバシー侵害がないよう着座位置に配慮するなどの気遣いをしているという。また、来談の場合は話の内容が漏れない個室が設備されている。しかし、個室は階段使用が利用条件となる2階にありバリアフリーの環境づくりとしては課題がある。</li> <li>・利用者からの相談は多様な方法による受付が求められているが、当事業所では主に電話による受付となっている。</li> <li>・障害のあるこどもやその家族について社会資源関係者と情報交換をする必要に備えて、利用者へ説明の上、「個人情報使用同意書」を受けている。実行段階で、再度、提供可能な情報を確認するなど当事者の思いを尊重した対応をしている。</li> </ul>	
	<p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・発達障害をもったこどもや保護者支援として、経験・知識・相談技術ともに十分に兼ね備えていると感じられる専門員による支援ではあるが、実質的には一人職場となっているので、視野の広がりを可能とする組織内部でのSV等による支援サポート体制は必要と思われる。</li> <li>・今後の事業所状況等を勘案して、相談窓口の多様化や相談室へのバリアフリー化なども期待される。</li> </ul>	

## IV-2 地域生活相談

IV-2-(1) 地域生活の相談支援の実施		評価
IV-2-(1)-① 施設・病院等から地域での居住、または、地域から施設や病院への入所や入院の相談支援を行っている。		
判断基準	a) 生活の場の地域への移行相談支援を実施している。	C
	b) 生活の場の地域への移行相談支援を実施しているが、十分ではない。	
	c) 生活の場の地域への移行相談支援を実施していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害をもつ子どもの通所先を決定するための「計画相談」が主業務になっているため、現状は、生活の場の移行(例えば、病院の入退院、施設の入退所や転居など)に伴う「基本相談」はない。本事業所への相談窓口の役割を果たしている市の障害福祉課では、発達障害をもつ子どもの「計画相談」例を当事業所へ紹介してきており、今後とも生活の場の移行に伴う相談はあまり多くはないと見込まれている。</li> <li>・専門員は、取り組みの現状について「計画相談」に伴う市の規定遵守が優先課題であり、支援計画化を必要とする相談には職員体制の現状から応じられないと考えている。</li> <li>・当事業所では、転居に伴う「サービス等利用計画」の変更などは実施しているが、内容から「計画相談」業務の一環と考えられる。本評価項目が求めている支援とは異なると判断した評点である。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活の場の移行に伴う支援の範囲、支援手順等の明確化、アセスメントや支援の計画、関係機関となる社会資源情報の収集といった、生活の場の移行に伴う支援に係る人的・物的体制は整えられていず、今後の検討課題と言える。</li> </ul>	

IV-2-(2) 地域での生活を継続するための相談支援		評価
IV-2-(2)-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>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・専門員は「計画相談」には、「保護者が子どもの状況を理解し自信をもって自主的に子育てができるようになる」ことを目標として応じている。「サービス利用等計画」には、こうした視点から保護者の育児姿勢を支援する目標も数多くみられる。また、相談場面で保護者から表出される子育て上の不安についても同様の視点で助言をするなどしていることが利用者調査からもうかがえる。</li> <li>・「サービス利用等計画」には、〇〇ができるようになりたい等と場面にあった子どもの意思表示やトイレトレーニングなど地域生活上の自立を目標とした支援課題が多く含まれている。当事業所利用児の60%強は就学未満児であるが、中高生(約5%)は言うに及ばず、小学生の場合も当事者からの意向確認や行動面から意向把握をしていることが、不十分ながら「サービス等利用計画」に見ることができる。</li> <li>・また、「サービス利用等計画」には、関係する機関や関係者とその役割が明記されている。しかし、活用している機関が限られているとの自己評価である。</li> <li>・子どもがうまく家族に「自分の主張」を伝えられないようなときには、自分で伝えられるよう「主張」の伝え方について助言するなど子どもの立場に立った支援も行っていると見られる。</li> <li>・自己決定支援としては、具体的な場面や体験を通して保護者には行っているが当事者にはできていないとの自己評価である。</li> <li>・また、地域生活上の緊急時対応として、専門員は携帯電話を保護者に周知させており常時携帯して対応に努めている。</li> </ul> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害をもつ人への支援としてエンパワメント理念に基づいた意思決定支援などが求められていることは子どもの場合も例外ではない。この視点を相談支援の基本的方針として明確化して、子どもと保護者へ向き合うことによって、当事業所における「自立的地域生活支援」がより一層鮮明化すると考えられる。</li> <li>・障害当事者である子どものエンパワメント支援の充実が期待される。</li> </ul>	





社会福祉法人クムレ

指定特定相談支援事業所・指定障がい児相談支援事業所

てとて 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

「てとて」および「倉敷発達障がい者支援センター」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・策定したものを用いている。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、「てとて」および「倉敷発達障がい者支援センター」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、今年も、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。

\*「てとて」:「てとて」H-P/岡山県障害児第三者評価フォーマット/児童福祉法/東京都版居宅介護支援事業所自己評価票。

#### ○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て、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、2 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 てとて の現況 >

てとて は、地域における「サービスを効果的に利用するためにマネジメントを行うサービス」(WAMNET) と位置づけられている事業所で、業務には「基本相談」(一般的な地域生活をする上での相談)と「計画相談」(通所事業所等の利用のための計画策定の相談)が規定されている。「計画相談」では、居宅での相談、アセスメントの実施、計画書策定、モニタリングの実施等が規定されている。また、当事業所は倉敷市の指定事業所であり、市の規定に基づいた運営が求められる。

評価にあたって重要と思われた事業所の現況は、

- ① 倉敷市指定の事業所で、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 名による小規模事業所である。
- ③ 相談支援件数は、年間約 300 件程度で、相談対象となる障害をもつ子どもは、就学未満児 (65%) と小学生 (30%強) が大半を占め、中学生 (4%) と若干の高校生、子どもたちの保護者である。
- ④ 相談の主訴は、ほぼ 100%が「計画相談」で、「基本相談」を主訴とするものは極めてまれである。
- ⑤ 「計画相談」は、居宅訪問に依ることが決められている。このため、相談支援専門員は、事業所外で仕事をすることが多い。
- ⑥ 事業所管理者は、併設事業所管理者を兼務している。

⑦ 建屋は、併設事業所との共同使用であり、執務室と個別面談室は別棟にある。

## < 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. 関係機関と効果的な連携ができる関係が築かれている

当事業所は、相談支援専門員（以下、専門員）による相談活動を通じて、市内の児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所のスタッフによる発達障がい研究会療育部会に参加することで、市内サービス提供事業所との関係づくりを行ってきたと言う。このこともあって、これら関係機関との信頼関係が醸成され、時宜を得た情報交換や連携ができているのだと考えられる。また、市の所管部署や保健機関と要支援児対策の親子教室を共同実施していることも相互理解を深め連携強化につながり、小規模の事業所としては適宜の利用者情報入手などの点でも心強いつながりとなっていると考えられる。

#### 2. 発達障害をもつ子どもの支援経験豊富な専門員の相談が利用者の信頼を得る結果になっている

発達障害をもつ子どもたちやその家族への長年の支援経験をもつ職員が相談支援にあっているため、その経験や知識が適切なアセスメントに活かされ、適切な個別サービス計画や利用者尊重の姿勢につながっていると推察される。このことは今回の利用者調査結果でも、回答者の92%が総合的に「大変満足」「満足」と回答しており、また、計画策定時の十分な利用者・家族の状況把握や訴えの聴き取り、計画やサービスについてのわかり

やすい説明、利用者の気持を大切にしながら対応、利用者や家族のプライバシー保護、不満や要望への対応の迅速さ、と言った質問項目でも、85～96%が肯定的回答をしていることから専門員への信頼の高さがうかがえる。

### 3. 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、多くの改善や将来の改善が見込まれる気づきが生まれている。メールで、数々のコメントが寄せられたので、評価結果の各講評に含めた。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、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。同時期に実施した倉敷発達障がい者支援センターについても同様の感想をもった。

#### ○改善が必要と思われる点

##### 1. モニタリングが確実に実施できる体制の構築

モニタリングの重要性：専門員は、訪問→アセスメント→サービス等利用計画の策定→サービス等利用計画の実施（福祉サービス事業者が実施する）→モニタリングといった支援のプロセスを踏まえた指定計画相談支援に取り組んでいる。しかし、当事業所におけるモニタリング実施は、極めて低率の状況である。指定計画相談支援は、アセスメント、サービス等利用計画の作成、サービス等利用計画の実施、モニタリングのプロセスを順に実行することとされている<sup>註1)</sup>。最後のモニタリングでは、サービス利用計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて再アセスメントやサービス利用計画の変更に結びつける。このらせん状のプロセスを繰り返すことによって、適切な福祉サービス等が総合的かつ効率的に提供されるようにすることが指定計画相談支援に求められている。福祉サービスの利用が、利用者又はその家族のニーズや課題の解消に適合しているか確認するために、一定期間ごとに実施するモニタリングは支援を「個別化」するうえで不可欠の機能であると言え

る。

モニタリングができる組織体制構築への期待：管理者及び専門員は、モニタリングの必要性をよく理解していることが聞き取り調査で確認できた。平成 27 年度事業報告書ではモニタリングが実施できていないケースが増えたことを課題として取りあげ、平成 28 年度事業計画では定期的なモニタリング実施を目標に掲げている。しかし、専門員は、モニタリングの実施は、緊急に計画変更を要する場合に限られているとも述べている。一方、約 300 名の契約者を 1 名の専門員が担当しており、27 年度の課題が 28 年度事業計画において達成できることを示す根拠は確認できなかった。管理者及び専門員は、新たな人員配置を法人に求めているとしていたが、こうした対応も含めて組織としてモニタリングが実施できる体制の構築を求める。

専門員のバーンアウトを避ける取り組み：1980 年代以降、対人サービスに従事する職員の「燃え尽き症候群（バーンアウト）」の危険と予防が取りあげられており、対人サービスゆえのストレスが多いケアワーカーやソーシャルワーカー、看護師など社会福祉分野の従事者にも高い頻度で危険があることが各種調査で明らかになってきている。当事業所の専門員が有給休暇を取得できていない状況は管理者も把握しているので、具体的な指示をして休暇の取得を促すことを期待する。さらに、前述の「新たな人員配置を法人に求めている」ことについて「燃え尽き症候群（バーンアウト）」の予防と関連づけて言えば、時間的展望を持ち続けることができるように留意することが予防に有効的であるとされている。すなわち、「いつになれば」という時間的展望を示して、計画的に取り組むよう期待する。そのうえで、モニタリングが実施できる体制が構築されることを望む。

注 1)「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」第 15 条に指定計画相談支援の具体的取扱方針が示されている。

## 2. 組織（事業）の継続、改善を目的とした体制の整備

### （1）方法についての文書化

発達障害をもつ子どもやその家族が信頼をおいて相談できる当事業所が、実践職員が一人であるが故に突然、継続不能となることがないように、また、将来組織拡大となった場合

の実践の原型となるよう事業運営やサービス提供に関する諸々の事案の文書化が必要と思われる。例えば、法人レベルで策定しているマニュアルや様式、市が特定指定事業所に求める規程類やマニュアル、アセスメントや支援計画の様式、事業独自の考え方やアセスメントの経過、その他の支援に関する考え方を示す文書、利用者等への周知が求められている事項など。

## (2) 相談記録の充実

相談記録は業務の証・根拠として組織に属する。また、支援の継続性、開示請求への対応、振り返りという見地からも必要であるはずだが、関係機関との連絡結果やアセスメント時の保護者への助言等に関する記録など、相談記録に関する改善点は多い。サービスの質の維持・向上という点からも専門員による支援内容が十分な記録として残されていない現状は、事業継続にとっての損失でもある。今後の対応を期待する。

## (3) サービスの選択に資する情報提供の充実

先述した利用者調査の結果では、「当事業所に関する情報の入手」、「第三者委員を含めた苦情への対応窓口」に関しての周知率は50%程度と見られる。これらは利用者の権利保障として意味を含む取り組みであるので、是非とも対応の改善を望みたい。また、法人・事業所の理念や基本方針についての周知は最も悪く21%程度の周知率と見られる。更なる取り組みを期待する。

## (4) 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、苦情解決に関

する利用者へのわかり易い揭示や説明、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度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。

以 上





