

平成 27 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

「倉敷地域生活支援センター」

2016 年 3 月 31 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
評価項目	1
総評.....	15

I 適切な相談支援の実施

I-1 (サービス)利用者本位の福祉サービス提供(相談支援、その他の福祉サービス)

I-1-1(1) (サービス)利用者を尊重する姿勢を明示している。		評価
I-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を明示し、組織内で共通の理解を持つための取組を行っている。	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しているが、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を明示していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a)100.0% b)0.0% c)0.0%</p> <p>■取り組み状況 ・法人は「ともに育ち ともに生きる」を理念とし、事業所ではこれに自立支援グループとしての年間目標(その人らしい生き方の支援、家族と支える利用者の暮らし、地域で支えあう環境づくり)を利用者や職員が目視しやすい場所に掲出して、周知を図っている。この重点目標は、事業計画に明示しその具体策を計画的に実践する法人の仕組みに則って実施している。また、障害のある人の尊重やエンパワメント、基本的人権への配慮等についてはグループとしての研修を受講するようにしている。</p> <p>■改善課題 ・障害者福祉の実践には、「エンパワメントの理念」(全社協ガイドライン)に基づいた援助を行うことが求められており、法人理念や事業計画の年間目標について、障害のある人のエンパワメントとして具体的にどのような実践が考えられるのかを職員間での話し合いなどをとおして職員一人ひとりが自らの言葉で具体的に話れるようになることであると思う。</p>	

I-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。	b
	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>■職員自己評価の結果 a)75.0% b)0.0% c)25.0%</p> <p>■取り組み状況 ・相談に際して、相談者のプライバシーを守ることができる場として個別面接室が用意されているが(防災上の理由から)外部に漏れてしまう構造のため安心して話せる環境とは言えない。電話相談などの内容も同じ理由で漏れ聞こえてしまう。</p> <p>■改善課題 ・「プライバシー保護」と「個人情報保護」が混同されている点。「ここでいうプライバシーとは、『他人の干渉を許さない、各個人の私生活上の自由』のこと」(全社協ガイドライン)とされている。自己評価の根拠として捉えられている法人規程、研修内容、マニュアル、重要事項説明書、事業所内掲示等をこの視点での見直しを奨める。また、相談室については、相談のために使用するのであれば、安心して相談できる環境として遮音の工夫が必要であり、信頼関係の構築にも影響する。</p>	

I-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>■職員自己評価の結果 a)75.0% b)0.0% c)25.0%</p> <p>■取り組み状況 ・日常支援においてコミュニケーションに関する支援が必要な場合は、サービス実施計画様式に配慮事項として記載されている。支援実践上は、障害状況にあわせて手話通訳者の活用や文字によるコミュニケーション、家族や知人・支援員等当事者が信頼できる人の同席などにより、当事者の意思等が正確に理解できるようにしている。</p> <p>■改善課題 ・コミュニケーションの状態を固定したものと捉えるのではなく、エンパワメントの視点でアセスメントし、課題によっては支援計画化して改善に取り組む支援の方向性が欲しい。</p>	

I-1-(1)-④ 利用者が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を整備している。		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>■職員自己評価の結果 a)100.0% b)0.0% c)0.0%</p> <p>■取り組み状況 ・当事業所では、サロンの利用者が行う行為については、「見守り」を基本方針としており、当事者等にも説明し合意事項になっている。その前提で、例えば、発作等の緊急時の対応は事前に情報を得て、それに従って対処することになっている。また、活動中等に危険な状態が発生するようときには、手を貸すことになるという。また、朝礼等で報告があるこうした支援方針にもとづいて自立に向かう支援として検討をしているという。その他、サービス実施計画では、自力で行う生活以外に生活の範囲が広がる支援も取り入れて実施しているとしている。</p> <p>■改善課題 ・サロン活動では「見守りが原則」を前提としているとのことであるが、「見守りが原則」であることとサロン活動において介助が必要な人は利用対象としないことの境界が明確ではない(リーフレットに利用制限は記載されていない)。また、ハード面で車いすトイレの設置や階段を含む段差か所が改善されておらず、事業計画や報告にも課題として扱われていないことから、「見守りが原則」の背景が、「利用者」と「事業所側の都合」のいずれにあるのか曖昧である。</p>	

I-1-(1)-⑤ 職員による虐待(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、万々に備えての取組を徹底している。		評価
判断基準	a) 虐待等をなくすための具体的な取組を行っている。	b
	b) 虐待等をなくすための具体的な取組は、十分ではない。	
	c) 虐待等をなくすための具体的な取組を行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a)100.0% b)0.0% c)0.0%</p> <p>■取り組み状況 ・職員による利用者への虐待防止策として、法人レベルで虐待防止に関する悉皆の職員研修が定期的実施されるようになり全職員が参加している。事業所では、朝礼や会議を通して職員が使用する利用者の呼称などについて事案が発生したときに注意をしあったり、状況によっては、ヒヤリハット等で検討を行っている。虐待の早期発見及び問題解決のための自治体が行う調査に対しては苦情受け付け責任者が対応することになっている。</p> <p>■改善課題 ・社会福祉の現場では職員による虐待は起こり得ることと捉えて、日頃からサロン活動や相談援助において起こり得る虐待について十分に職員が認識を深める取組、虐待が起こった場合の関係機関等との連絡体制の職員への周知など、虐待の防止に向けて十二分の体制を整備し実施することが重要である。こうした取組を利用者等に周知することも、個人の尊重や人権擁護の取組を公表する意味で重要であるとともに、職員の深い意識化につながることを考えられる。また事業者には配備されている倉敷市発行の「障害者虐待対応マニュアル」の学習等、十分な活用を求めたい。</p>	

I-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		評価
I-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。		C
判断基準	a) 利用者満足の上昇を目指す姿勢を明示し、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を明示しているが、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を明示していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a)0.0% b)50.0% c)25.0% d)25.0%(無回答)</p> <p>■取り組み状況 ・利用者個別的な要望等はサービス実施計画立案時やモニタリング時に把握し、その他の匿名の要望や意見を対象として意見箱の設置をしているが、利用者調査など利用者満足を把握する仕組みがないとの自己評価である。</p> <p>■改善課題 ・事業所として事業者満足を目指す姿勢を明確にし、定期調査・個別面談・グループでの聞き取り等による利用者満足の把握をすることである。「利用者本位のサービスは、施設が一時的に判断できるものではなく、利用者がどれだけ満足しているかという視点から評価する必要がある」(全社協ガイドライン)とされている。</p>	

I-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を整備し、実際にその向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みを整備しているが、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を整備していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a)25.0% b)50.0% c)25.0%</p> <p>■取り組み状況 ・利用者満足調査等を活用してサービスの質の向上に役立てる事業所内の体制は整備されていない。しかし、個別に把握した不満や意見についてはヒヤリハットとして扱い、すべて改善を行っている。26年度は意見・苦情が6件把握されている。</p> <p>■改善課題 ・利用者満足調査等を活用してサービスの質の向上に役立てる事業所内の体制(調査等の担当者、結果の分析などのための利用者参画による検討会の設置等)を整備することである。</p>	

II サービスの質の確保

II-1 サービスの質の確保

II-1-(1) 質の向上に向けた取組を組織的に行っている。		評価
II-1-(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>■職員自己評価の結果 a)75.0% b)0.0% c)25.0%</p> <p>■取り組み状況 ・質の向上に向けた取組として法人は法人事務局に第三者評価の窓口を設置し、運営する事業所に関する外部評価(第三者評価)を他県に先駆けて実施して来ている。当事業について法人は、全国の第三者評価推進組織(全社協)において評価尺度が未検討であるにもかかわらず認証評価機関NPO法人メイアイヘルプユーに評価尺度の開発をアプリー、第三者評価を実施するに至っている。今後、当事業所が定期的な第三者評価の実施対象となるか否かは未定である。</p>	

II-1-(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。	c
	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>■職員自己評価の結果 a)75.0% b)0.0% c)25.0%</p> <p>■取り組み状況と改善課題 ・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は各事業所に委ねている。当事業所としては、本評価を切っ掛けとして取り組むこととしている。 ・事業所としても第三者評価の結果をサービスの質の向上に有効活用するために、担当者を明確にして組織をあげて取り組むことと言える。</p>	

II-1-1(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。	C
	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ていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a)75.0% b)0.0% c)25.0%</p> <p>■取り組み状況と改善課題 ・事業所は、課題となる点を検討し、次年度の事業計画に盛り込む予定であるが、改善策や改善計画の立案等はこれからである。</p>	

II-1-1(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
II-1-1(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>■職員自己評価の結果 a)75.0% b)0.0% c)25.0%</p> <p>■取り組み状況 ・実践上共通理解を必要とするものについてはマニュアルを作成し、朝礼や会議の席などで周知を図っている。ヒヤリハットの申告などは様式に共通認識を必要とする事項が添え書きされている。標準的な実施方法について基づいて実施されているかどうかについては、マニュアル作成者が気付きヒヤリハットであげるようになってきている。</p> <p>■改善課題 ・支援上の重要事項である利用者尊重やプライバシー保護の姿勢をマニュアル等文書化したものの中に明示して徹底させること、プライバシー保護に関する規程またはマニュアル等による当事業所の捉え方、職員が実施しなければならない点についての明文化、等があげられる。</p>	

II-1-1(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。	a
	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>■職員自己評価の結果 a)75.0% b)0.0% c)25.0%</p> <p>■取り組み状況 ・マニュアル等の文書は、ものによっては見直しの期限が決められており、職員3人が分担して定期的な見直しを行っており、疑問点や検討事項は朝礼や会議等で検討されて改定に至る。新規策定や改定に際しては、日頃職員が把握している利用者の意向等も視野に入れて行っている。</p> <p>■更なる改善 ・日頃のサービス提供中に把握しうる利用者の声や観察から読み取れる事業所への意見・希望等を事業所の記録としてまとめておく工夫があげられる。</p>	

II-1-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		評価
II-1-(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>■職員自己評価の結果 a) 100.0% b) 0.0% c) 0.0%</p> <p>■取り組み状況 ・相談支援の実施記録は、目的は明確になっていないが、相談の経過を書くことにしているといい、日々のエピソードや利用者とのやりとりが書けている。サービス実施計画の進捗や実践記録は、定期的なモニタリング時の記録に依っているという。</p> <p>■改善課題 ・モニタリング時の記録が「サービス計画に沿って、どのようなサービスが実施されたのか、その結果として利用者の状態はどのように推移したかについて、具体的に記録」(全社協ガイドライン)されているかどうかの点検、日々の記録が毎月のモニタリング記録の基本情報となり得ているかの点検にあると思われる。当事業所では、記録様式は所定のものを使用されているものの、記録スタイルや記録の目的が明確にされていないために、記録方法や内容に個人差が大きい。支援計画のない支援についての記録をどのようにするかも課題である。 (今回の評価は「相談支援事業」に関する評価を目的としているため、サロンについての記録は確認をしていないが、支援記録として何を残すかの検討とその実施は課題であると思う。)</p>	

II-1-(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		
判断基準	a) 利用者に関する記録管理について規程を定め、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、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ていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a) 75.0% b) 0.0% c) 25.0%</p> <p>■取り組み状況 ・事務担当職員を記録管理者として、記録物は施錠管理するなど法人の規程に基づいて管理されている。記録の保管、保存、廃棄に関する規程にかえて、記録を適切に管理することや開示請求が可能であることを利用者への重要事項説明書に明示し、職員の共有化の手段としている。個人情報保護については、倫理的視点から入職時の新人研修において実施している。</p> <p>■改善課題 ・重要事項説明書は利用者への説明文書であって、所内規程の代替えにはならないことへの理解、所内規程としては内容が不十分であり見直しを要する点、電子媒体による記録物の取り扱いに関する規程の充実、個人情報保護法に関する所内学習等が考えられ、あわせてこれらを職員に周知させる手だても必要である。個人情報保護法の学習は、現場での実践に際して応用につながるのをお勧めしたい。</p>	

II-2 情報の共有

II-2-(1) 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
II-2-(1)-① 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。		
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>■職員自己評価の結果 a) 100.0% b) 0.0% c) 0.0%</p> <p>■取り組み状況 ・事業所における情報として法・制度に関するものは施設長が、社会資源などは全員が担当し、新たなもの・変更のあるものは朝礼や会議、必要に応じて回覧などの方法で共有化を図っている。パソコンのLANシステムも情報の共有化に活用されている。定例開催の職員会議も利用者情報共有の場である。常勤5名、非常勤2名の小規模事業所である。施設長の考え方から察するにできる限りの情報の共有化は図られていると考えられる。</p> <p>■更なる改善 ・非常勤職員や事務方との情報の共有化を十二分に意識して取り組むことであると考えられる。</p>	

Ⅲ 適切な福祉サービスの開始・継続

Ⅲ-1 サービスの開始

Ⅲ-1-1(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		評価
Ⅲ-1-1(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。	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>■職員自己評価の結果 a)100.0% b)0.0% c)0.0%</p> <p>■取り組み状況 ・ホームページの開設や、サロン通信、リーフレット、法人の会報等を自治体の障害福祉の窓口や総合療育相談センターに配備して、利用希望者への情報提供をしている。また、情報提供に際しては、ふりがなを付す、写真で示すなど、わかりやすい情報提供のために工夫をしているという。サロンでは、希望により見学や体験を受け入れている。</p> <p>■更なる改善 ・サロンの場合、より幅広い利用者の受け入れを考えると、例えば、ホームページ上でのサロンの多様な活動紹介や相談支援からの地域自立生活のノウハウに関する定期的情報提供、サロンの一年を紹介するアルバムや動画の作成等、より積極的な情報提供をすることが考えられる。</p>	

Ⅲ-1-1(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。	b
	b) 相談の受理は適切であるが、十分とは言えない。	
	c) 相談の受理が適切に行われていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a)100.0% b)0.0% c)0.0%</p> <p>■取り組み状況 ・来所面談は原則として予約制としているが、電話、メール、来所、訪問等様々な手段による相談を受理し、所定の様式への記載、情報収集に関する相談者への説明、受理相談後の対処の説明等、必要な手続きは実施できている。計画相談の場合は、関係機関・病院からの情報収集や情報の共有化の必要について同意書を取っている。相談の受理(受付相談)は、全職員で対応し、受付段階での聞き取り事項を定めるなど誰もが対応できるものとしていると管理者は述べている。</p> <p>■改善課題 ・相談支援を標榜する事業所として、受付段階の相談において、法的手続きが必要と思われる課題の有無や複雑困難な事例等、特別なニーズをもった相談であるという適切な判断をすることや、某かの対応の緊急性及び当事業所での対応可能かどうかを判断できる状況にあるかどうかである。難しい判断を迫られる場合の対応手順の設定をしておくことや全職員に対するインテーカーとしての教育も考えられる。</p>	

Ⅲ-1-1(1)-③ 実施している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・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・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・家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a)100.0% b)0.0% c)0.0%</p> <p>■取り組み状況 ・サービスの開始にあたっては、ふりがなを付した契約書や重要事項説明書によって内容や約束事の説明が実施されている。利用当事者や家族の状況によっては、後見人はもとより必要性を判断して補佐人、補助人にも支援方針を説明し、十分に当事者及び代理人の理解が得られるようにしている。入院等を含め他の機関による対応が望ましいと考えられる場合には、利用者等の意向を確認したうえで最新の基本情報とアセスメントに関する文書を対象事業所に提供するなどしている。管理者は当事者や家族の「気持」の引き継ぎの必要性とともに困難性を感じているという。サービス利用に関する事前説明は、相談支援専門員が担当する「計画相談」の場合、1時間程度は掛けてしっかりと行う必要があると考えられている。</p> <p>■更なる改善 ・契約書や重要事項説明書は分かりやすさに配慮した「ふりがな」によって、対象者によっては読みにくさが際だってしまう可能性がある。また、言葉づかいが難しいと感じる人も少なからずあると思われる。エンパワメントの理念からも利用者の個別状況に合った文書作成についての再検討が考えられる。</p>	

Ⅲ-2 サービス実施計画の策定

Ⅲ-2-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		評価
Ⅲ-2-(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>■職員自己評価の結果 a)100.0% b)0.0% c)0.0%</p> <p>■取り組み状況 ・アセスメントは、事業所を利用する全ての利用者に対して実施しているわけではなく、相談支援専門員が担当する「計画相談」事例及びアセスメントを必要とする判断された「基本相談」事例について行われている。アセスメントに用いる様式は日本相談支援専門員協会が考案したものを用い、必要な情報は当事者の了解を得て(同意書)関係機関からも入手している。アセスメントの見直しは、「基本相談」は変化時、「計画相談」は更新時と定めて行っている。</p>	

Ⅲ-2-(1)-② アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。		評価
判断基準	a) すべての利用者について、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。	b
	b) すべての利用者について、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示しているが、十分ではない。	
	c) アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a)50.0% b)50.0% c)0.0%</p> <p>■取り組み状況 ・支援の基本となる利用者のニーズや課題の抽出は、担当者が情報収集したアセスメント票に記載された個人とその環境に関する情報(以下、「アセスメントに必要な情報」)をもとに担当者・相談支援専門員を含む4人の職員が検討してとりまとめたもの(一次アセスメント)がサービス実施計画票に記載されている。外部専門家による二次アセスメントを行った例はないとしている。</p> <p>■改善課題 ・アセスメントの対象となる利用者のニーズや課題の掘り下げが浅いと思われる点にある。ニーズや課題の抽出は、アセスメントに必要な情報をもとに「サービス場面ごとに利用者の状態を具体的に確認し、どのようなニーズや課題があるかを検討」(全社協ガイドライン)して抽出することが必要とされている。悪化防止や変化の早期発見等の観点からニーズを明らかにする必要があると前述のガイドラインは述べている。また、エンパワメントもアセスメントに欠かすことが出来ない視点である。当事業所の場合、こうした視点を確実に押さえた一連のアセスメントとなるような手続きの見直しが必要と思われる。また、アセスメントにかかる検討内容と結論に至る経過が分かる記録も重要な計画見直しの情報となる。</p>	

Ⅲ-2-(2) 利用者に対するサービス実施計画を適切に策定している。		評価
Ⅲ-2-(2)-① サービス実施計画を適切に策定する体制がある。		
判断基準	a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制を確立しており、機能している。	b
	b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制を確立しているが、十分に機能していない。	
	c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制を確立していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a)50.0% b)50.0% c)0.0%</p> <p>■取り組み状況 ・サービス実施計画策定責任者を管理者(相談支援専門員でもある)とし、担当及び相談支援専門員を含む4名の職員の合議でニーズや課題の分析とサービス実施計画案の策定を行うこととし、当事者への計画の説明段階で当事者の意向により必要時には変更をしている。また、事例によっては、本人、家族、他機関の関係者を含めたケア会議に図ることもある。サービス実施に関するモニタリングは個別状況に合わせて定期的に実施している。</p> <p>■改善課題 ・サービス実施計画は、当事者の権利、エンパワメントの視点から利用当事者や家族を含む計画策定会議の実施を原則とすること、計画と提供しているサービスの適切性を日常的に確認する仕組みづくりが求められていること、自立した生活(エンパワメントでもある)を目標とした計画でありそのための支援や留意点が具体性をもって盛り込まれていることなどが考えられる。</p>	

Ⅲ-2-(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	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。	b
	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	■職員自己評価の結果 a) 75.0% b) 0.0% c) 25.0%	
	■取り組み状況 ・当事業所では、サービス実施計画は利用当事者が望むことをプラン化する方針で臨んでいる。アセスメントに基づいて確認されたニーズや課題が当事者の意向と乖離する場合は、その意向を確認しつつ合意を得て実施ができるよう支援していくとしている。計画の見直しについては規程に沿って実施している。また、見直しによって変更した計画の内容は、定められた手続きに沿って関係機関・関係職員に朝礼や文書回覧等で周知させている。	
■改善課題 ・基本的に「計画相談」のみならず、サロンへの通所を含めて、社会福祉支援にはアセスメントに基づく支援計画が求められていることを前提とした見直し、また、計画を急遽変更する必要がある場合の手続きを組織内で決めておく点が課題としてあげられる。		

IV 具体的な相談支援事業の内容

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。		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	■職員自己評価の結果 a) 100.0% b) 0.0% c) 0.0%	
	■取り組み状況 ・相談支援は、「計画相談」の他、「基本相談」の一部には、サービス実施計画を策定しており策定事例ごとの定期的モニタリング時にその実施状況を確認する仕組みであり、支援計画に基づいた支援の実施はできているとの自己評価である。相談支援の専門事業として必要時には自治体に設置されている相談支援アドバイザー、圏域相談支援コーディネーターに相談・指導を受けることができる体制にあり、事業所内でも相談支援専門員間の話し合いも行って広角の判断となるよう努めている。相談支援の専門職としてのスキルアップは法人のキャリアパス制度を活用しているほか内外で実施される研修への参加による。相談の受付も来所、電話やメールなどによって行っている。支援上必要な関係者との情報交換においては実践上は個人情報の提供のタイミングに配慮している。	
■改善課題 ・(消防法との兼ね合いで)面談室の話し声が漏れるなど、安心して話せる環境ではない点、関係機関との情報共有化におけるプライバシー保護の明確化などがあげられる。		

IV-2 自立した地域生活への支援

IV-2-(1) 施設等から地域での自立生活へ(地域移行)の相談支援		評価
IV-2-(1)-① 施設等から地域へ移行し、自立した生活が送れるよう支援している。		
判断基準	a) 地域への移行支援を実施している。	b
	b) 地域への移行支援を実施しているが、十分ではない。	
	c) 地域への移行支援を実施していない。	
講評	■職員自己評価の結果 a) 100.0% b) 0.0% c) 0.0%	
	■取り組み状況 ・施設や病院などにいる障害のある人が地域での生活を希望する場合の「地域移行」の支援はあまり多くない。入院中の人の支援をMSWから依頼された際には、MSWとの連携によって当該利用者にかかる情報を得て面接相談を行った例があるが、サービス実施計画策定には至っていない。他事業所から地域移行の事例について相談を受けた例はあり、事業所への助言や、当事者への具体的な支援として体験を取り入れた情報提供などもしている。当事者支援のスタンスは、当事業所としてはあくまでも「利用者の視点」であるととしている。	
■改善課題 ・障害のある人の地域生活支援を目的とする相談機関としては、地域の病院や施設から地域移行支援依頼が増えるような手だての検討ではないだろうか。		

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。	a
	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>■職員自己評価の結果 a)100.0% b)0.0% c)0.0%</p> <p>■取り組み状況 ・障害のある人が地域での生活を継続するための支援は、支援に先だつての当事者への原則面談による意向把握、関係機関との連携に関する当事者等への説明と合意、サービス実施計画への関係機関と連携と役割分担の明示、障害のある人の立場に立った家族間調整、関係者会資源を活用しつつあらゆる相談に応じる姿勢、当事者の主体的意思決定が可能となるような支援、24時間の連絡体制、施設内・必要があれば関係機関を含めた会議による相談支援の進行等、手順を踏んで実施している。</p> <p>■更なる改善 ・エンパワメントの視点を中核に据えて、当事業所に置ける支援を明確(明示)にすることと言えるのではないか。</p>	

IV-2-(3) 生活能力を高めるための取組		評価
IV-2-(3)-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。	b
	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>■職員自己評価の結果 a)25.0% b)75.0% c)0.0%</p> <p>■取り組み状況 ・地域で生活をする障害のある人の生活能力を高める支援は、サロン利用者を中心として利用時間を使って実施している。具体的には、今年度は、悪徳商法にかからないための勉強会を警察署の協力を得て実施したり、法人の栄養委員会と連携して調理実習を毎月行うなどである。また、「ひとり暮らしのはじめ方」(冊子)を作成し、利用者に配布して、参考にしてもらっている。個人の必要性と希望に基づいて社会資源の見学や体験なども取り入れている。サロン利用者以外の地域生活者へは、サロンで実施するイベントに集えるよう、呼びかけをしている。</p> <p>■改善課題 ・サロン利用者の自立した地域生活支援として全ての利用者に対するアセスメントの実施とそれに基づいた取組、企画検討への当事者参加という基本姿勢(エンパワメントの理念)の明確化、現行の企画の内容と頻度に関する検討、学習テキスト等発行物のニーズにあった見直し等が考えられる。可能であれば、ピアカウンセリングの導入も双方のエンパワメントとしても効果的である。</p>	

IV-2-(4) 成年後見制度の利用に関する相談支援		評価
IV-2-(4)-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>■職員自己評価の結果 a)50.0% b)50.0% c)0.0%</p> <p>■取り組み状況 ・成年後見制度の利用促進への取組はあまり活発ではないが、個別相談の中では当事者の状況によっては利用の提案をし、本制度に関するチラシなどが入手できると通所利用者に配布している。利用者等からの要望等によっては、登録申請書類の書き方の相談に乗る、登録手続きの代行や登録に同行する等の支援は行っている。</p> <p>■改善課題 ・「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)として利用者の権利擁護の制度である成年後見制度の利用支援がより充実した取り組みとなるよう、相談支援専門員の成年後見制度についての十分な理解と知識の習得、制度の利用促進を図る積極的手だてを打つ、この制度活用の視点をアセスメントに取り入れる、障害のある人を対象とする権利擁護に関する学習会を開催する等が考えられる。</p>	

V 地域との交流と連携

V-1 地域との関係確保の取組

V-1-1(1) 地域との関係が適切に確保されている。		評価
V-1-1(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>■職員自己評価の結果 a)75.0% b)25.0% c)0.0%</p> <p>■取り組み状況 ・法人の理念および自立支援グループの重点目標として、利用者と地域とのかかわり、その充実を掲げている。当事業所としては「地域で支えあう環境づくり」を重点目標に掲げている。平成26年度から利用者と地域の人々と交流する機会として、年2回「サロン行事」として、バーベキューなどを開催、若干ではあるが住民の参加も得ることができた。 ・利用者が活用できる社会資源の紹介として、他機関が実施する支援内容やイベント情報をサロンに掲示している。また、外出支援について、活用できるサービスや実施事業所の紹介もしている。 ・地域に当事業所を知ってもらう取組として、月1回の近隣清掃に参加してるほか、利用者と一緒に散歩するときには地域の人々への挨拶を心がけるなど、近隣とのつながりを意識して取り組んでいる。</p> <p>■改善課題 ・地域住民が参加する交流会の内容や開催時期、開催回数、お知らせの方法などを検討し、充実させること。また、利用者の関心を知ることや地域の最も新しい情報を入手し、話題にすることなどを通し、利用者が自主的に地域の社会資源にアクセスできるような取組が求められる。 ・地域住民との交流の機会を充実させるためには、一緒に活動を企画することが一案である。どのような企画であれば一緒に取り組めるのか検討を期待する。</p>	

V-1-1(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		評価
V-1-1(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		
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>■職員自己評価の結果 a) 0.0% b)75.0% c)25.0%</p> <p>■取り組みの状況 ・自立支援協議会の事務局を担当している。この協議会として市民を対象に福祉分野の課題を取り上げてフォーラムを年1回開催している。また、学区のコミュニティー祭りにブースを出し、障害分野の相談に応じている。 ・サロンの取組として、地元の警察署に依頼し、悪徳商法に関する研修会を開催している。参加者は、利用者8人、障害当事者7人、他施設の職員6人であった。今後の取り組みとして、地域の住民も誘う意向がある。 ・主として行政機関を対象として当事業所の紹介をしている。</p> <p>■改善課題 ・サロン活動として、住民も参加できるようなテーマを取り上げるなど。 ・中長期計画に対する今年度の取組として、関係機関や地域の社会資源と顔の見える関係づくりを課題とし、1年目はサロンのイベントに参加してもらい、5年後には地域の方たちと一緒に企画ができるようにしたいと、管理者は構想しているので、取組を期待する。</p>	

V-1-1(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
V-1-1(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。		
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>■職員自己評価の結果 a)0.0% b)75.0% c)25.0%</p> <p>■改善課題 ・法人の方針としては、ボランティアの活用を方針としているが当事業所としては、事業計画に掲げるには至っていない。ボランティアの活用を必要とする活動があること、また、ボランティアの位置づけを明確にして取り組むことを期待する。</p>	

V-1-(2) 関係機関との連携が確保されている。		評価
V-1-(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>■職員自己評価の結果 a)75.0% b)0.0% c)25.0%</p> <p>■取り組み状況 ・個々の利用者の状況に対応できる社会資源は、自立支援協議会で作成した資源マップや行政作成のリストを活用している。これらは毎年2回の更新が行われ、職員への周知策として朝礼で連絡、確認している。障害のある人の地域での自立生活支援を目的として、これまで自立支援協議会の取組として、カイドヘルパーの開発実績がある。管理者は、不足している社会資源として在宅で痰の吸引ができるヘルパーなど医療的なケアをあげている。</p>	

V-1-(2)-② 関係機関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>■職員自己評価の結果 a)100% b)0.0% c)0.0%</p> <p>■取り組みの状況 ・関係機関との連携は、利用当事者に関するものとして必要に応じた事例検討のケア会議の開催、また、関係機関や団体とのネットワーク化としては、自立支援協議会の事務局を担当し定期的に会議や活動に参加し、地域住民向けのフォーラムの開催、就労A型作業所の質の向上やB型作業所の横のつながりづくりなどに関与している。また、各種の研修会へも参加している。</p>	

V-1-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		評価
V-1-(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。	c
	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>■職員自己評価の結果 a)、b)0.0% c)75% 無回答)0.0%</p> <p>■改善提案 ・管理者は、自立支援協議会の事務局、代表幹事として、この協議会の活動に参画し、地域の福祉ニーズに把握をしているが、当事業所としての取組は行われていない。地域の福祉ニーズの把握を事業所としてのビジョンや中長期計画に掲げることにより取組が動き出すことが期待できる。</p>	

V-1-(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>■職員自己評価の結果 a) 50% b) 0% c) 25% 無回答) 25%</p> <p>■改善課題 ・行政からの自立支援協議会への委託事業として、ガイドヘルパーの創設、保育所等訪問事業の創設に参画したことはあるが、当事業所の取組としては行われていない。事業所としてのビジョン、中長期計画に掲げることにより取組の指導が期待できる。</p>	

VI 利用者保護に関する項目

VI-1 意見や苦情を述べやすい体制

VI-1-(1) 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
VI-1-(1)-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>■職員自己評価の結果 a) 75% b) 0% c) 0% 無回答) 25%</p> <p>■取り組み状況 ・意見や苦情の複数の相談体制として、事業所内苦情相談の窓口や自治体等、第三者機関の紹介等を主として重要事項説明書に記載して紹介し、口頭による説明も行っている。また、苦情等の相談には個別面談室を用いることにしている。</p> <p>■改善課題 ・苦情に関する申し立て窓口や意思疎通困難な場合への支援の体制等について、日頃から利用者等が分かるようにわかりやすく掲示するなどの取組が必要と思われること、苦情相談の第三者委員の設置について重要事項説明書への掲載もなく不明瞭であること、意見や苦情の相談場所としての個別面談室は(消防法の関係から)構造上、内部の話しが漏れてしまう構造であることが指摘できる。</p>	

VI-1-(1)-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>■職員自己評価の結果 a) 100%</p> <p>■取り組みの状況 法人の方針として、ヒヤリハットをたくさんあげることとし、当事業所も実施している。利用者等に向けた重要事項説明書には、当事業所における苦情申立先と苦情に対する当事業所の姿勢が掲載されている。事業所内窓口・解決責任者のほか、自治体を含む外部第三者機関が明記され、契約時に利用者等に説明している。また、苦情解決の仕組みは事業所内に掲示し、意見箱は相談室やサロンに設置し、苦情を受け付けたときには、事業所内で検討し改善をしている。</p> <p>■改善課題 ・当事業所の苦情解決のしくみに第三者委員が位置づけられていない。また、苦情の検討内容や対応について利用者や家族に確実にフィードバックすることや、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上での苦情内容及び解決方法、結果等の公表についても規定されていない。社会福祉法人に関連する制度政策の改正を受けて、平成26年度に改正された「福祉サービス第三者評価基準ガイドライン」(全社協による)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」評価とするとしている。今回の評価はこの方針に準じている。改善に取り組まれることを期待する。</p>	

VI-1-1-③ 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。	C
	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>■職員自己評価の結果 a) 75% b) 0% c) 25%</p> <p>■改善課題 利用者からの意見は、「ヒヤリハット様式」に記載し、必ず改善するようにしている。しかし、記載すべき内容や記録の方法、対応策の検討を文章化したマニュアルは作成されていない。また、日常に示される利用者の希望や意見に関する記録と報告についても文書化はされていない。少規模職場であり、随時の話し合いや経験等情報の共有はしやすいと思われるが、職員の配置換えなどで経験値が引き継がれない事態が生ずる可能性があり、マニュアル化・文書化が求められる。</p>	

VI-2 安全管理

VI-2-1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		評価
VI-2-1-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。		
判断基準	a) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。	b
	b) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。	
	c) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a) 25% b) 50% c) 0% 無回答) 25%</p> <p>■取り組みの状況 ・安全管理に関しては、管理者が安全管理担当者として、事故や感染症、防災などのリスクについて対処している。健康管理面からは、個人記録に緊急性に関する特徴を記載し、緊急時に活用できる状態にしている。また事故発生時は即座に検討し、対策を共有している。感染症については、嘔吐等が発生した場合のキットを準備し、衛生面の管理についても点検をしている。 ・研修としては、AEDの取り扱いについて、年1回法人内の研修があり全員参加している。避難訓練は年2回実施している。また、単身者については、自治体の要避難者リストへ登録し、災害時の緊急対策に備えている。</p> <p>■改善課題 ・地域との連携を深め、災害や事故などの際に協力が得られるような準備が必要である。</p>	

VI-2-1-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。		評価
判断基準	a) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。	b
	b) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。	
	c) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a) 75% b) 25% c) 0%</p> <p>■取り組みの状況 ・ヒヤリハットの収集を方針とし、また事故発生時には朝礼で検討し、対策の適切性については、発生後1カ月で実効性の確認をしている。そして不十分な場合は、二次的改善案を検討して取り組んでいる。リスク対策の研修として、法人主催でKYTに取り組んでいる。</p> <p>■改善課題 ・職員の自己評価の結果は、1名が「b」と判断している。事故対策は、ひとりでも不十分だと判断しているときには、その理由について検討が必要であり、この点を評点に反映した。</p>	

VI-2-(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行っている。		
判断基準	a) 非常災害時における利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。	b
	b) 非常災害時における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) 非常災害時における利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果 a)75% b)25% c)0%</p> <p>■取り組み状況 ・非常時の持ち出しとして、一般的な災害持ち出し袋を準備している。訓練としては、災害時の避難ルートを使っての訓練、年1回は消防署員に来てもらい、消火器の使用方法について指導を受けている。 ・職員については、災害時の安否確認として連絡網を作成している</p> <p>■改善課題 ・災害時の利用者の安全確保を課題とし、全ての災害を想定し体制づくりをするなど、組織としての検討と取組が必要である。</p>	

社会福祉法人 クムレ
倉敷地域生活支援センター

去る2月2日に福祉サービス第三者評価の試行評価を行いました。今回の評価は、主として倉敷地域生活支援センターの相談支援事業を対象としました。

リーダー層の合議による事業所自己評価、全職員個別の自己評価、訪問調査及び評価結果をとおして、センターが行っている支援の現状について「よりよい支援を目指す」という視点で観たときに考えられる課題について報告します。

■（前提として）地域生活支援事業 倉敷地域生活支援センターに求められている役割（目的）は、「障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう地域の特性や利用者の状況に応じた柔軟な事業形態による事業を効率的・効果的に実施し、もって障害者等の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し、安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与する」こととあります。

（地域生活支援事業実施要綱－1.目的より）

■（総評として）「倉敷地域生活支援センター」施設長が持っている障害をもつ人への相談支援に関する考え方や知識は、このセンターをより一層地域に根ざした事業所へ牽引するに足るものであると、頼もしく感じました。また、倉敷地域生活支援センターとして求められる役割をよく理解して実施していることに、安心感をえました。

■（総評として）障害をもつ人の「相談支援事業」として、より一層、充実したものとするための「大きな課題」を一つ述べます。

それは、障害をもつ人を対象とする支援事業所として、エンパワメントの視点を、相談はもとより通所の方々の支援実践の中にも取り入れることを一貫させることで

す。

ところで、厚生労働省は、障害をもつ人の支援に必要な「障害者ケアマネジメント」について、2002年に「障害者ケアガイドライン」を公表しています。

このガイドラインでは、「エンパワメントの視点による支援」を「障害者ケアマネジメント」基本理念の一つにあげています。

「エンパワメントの視点による支援」について、同ガイドラインは、「利用者が自己の課題を解決するにあたり、自分が主体者であることを自覚し、自分自身に自信がもてるように、利用者の力を高めていくエンパワメントの視点での支援」と述べています。

つまり、「障害をもつ人」が、やがては、自分が直面している課題を自分の力で解決することができるようになるよう支援する、ということです。

実践を期待しています。

2016年3月

特定非営利活動法人 メイアイヘルプユウ 評価担当者：要 厚子、新津ふみ子

