

## 福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

### ① 第三者評価機関名

特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

### ② 施設・事業所情報

名 称：障がい者支援施設 あしたば	種別：障害者支援施設 (施設入所支援、生活介護)	
管理者：上村 昌平	定員（利用人数）： ・施設入所支援 50名 ・生活介護 41名 (うち入所せず通所での利用者2名)	
所在地：岡山県倉敷市山地1730-1		
TEL：086-463-0770	ホームページ： <a href="https://www.cumre.or.jp/">https://www.cumre.or.jp/</a>	
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：平成5（1993）年 4月 1日		
経営法人・設置主体：社会福祉法人 クムレ		
職員数	常勤職員：30名	非常勤職員：9名
* 国家資格の専門職の 記載をお願いします	介護福祉士：9名	
	看護師：1名	看護師：1名
	精神保健福祉士：1名	
	社会福祉士：2名 管理栄養士：5名	管理栄養士：2名
施設・設備の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居室（基本2人部屋）</li> <li>・浴室、脱衣所（男・女）</li> <li>・トイレ、洗面所</li> <li>・デイルーム</li> <li>・将来自活訓練室</li> <li>・班活動用プレハブ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域生活訓練用借家（施設外ホーム）</li> <li>・生活介護事業所（近隣地域）</li> <li>・事務所</li> <li>・相談室</li> <li>・医務静養室</li> <li>・玄関ホール、廊下</li> </ul>

### ③ 理念・基本方針

基本理念：ともに育ち ともに生きる

基本方針：利用者満足の追求、集う人の幸せの追求、強くしなやかな組織づくり、地域貢献

#### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 自立（自律）・尊厳・ハビリテーション（持っている機能を生かして、さらに発展させる）の3つの視点を持ち、個別のアセスメントを行いながら「一人ひとりがどのような生活を送っていきたいか」を考えた支援を行う。例えば、居室も一人ひとりが好む色などを選んでもらう機会を設定して、住まいの環境を整えている。また、活動についても選択して参加する取り組みを開始している。
- ・ 入所施設が通過施設であることを家族と共に認識を合わせ、将来グループホームでの生活を目指し、ユニット化による支援形態への転換を図る。具体的な取り組みとして、法人内グループホームが空室になっているときは、2泊3日、6泊7日の体験利用をして、次の生活の場への移行に向けて取り組んでいる。また、利用者が一人暮らしのイメージができることや、できることの強み、そして支援が必要な課題を見つけていくために、施設内の「将来自活訓練室」を活用している。
- ・ 地域への積極的な参加や発信を行い、関係づくりを行う。

#### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年8月1日（契約日）～ 平成31年3月26日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	4回（平成28年度）

## ⑥ 総 評

### ◇特に評価の高い点

#### 1. アセスメントツールについて検討し、記入の標準化を図っている。また家族や関係機関からの利用者についての幅広い情報収集等、支援の基礎となるアセスメント力の向上に努めている

アセスメントは食事、整容、更衣、排泄、移乗・移動、コミュニケーション、社会認知についての基本アセスメントと、それでは網羅できない部分の生活アセスメントを実施している。アセスメントのチェックと記入については「アセスメントマニュアル」があり、そのマニュアルに基づき行っている。介助の必要度が数値化され、取り組みによる変化が確認しやすくなっている。その他、気になる様子は特記し、支援において配慮するようにしている。アセスメントツールの変更により、利用者状況が把握しやすくなり、支援計画に反映させやすくなったという手応えを感じている。現状で満足せず、さらによいものになるよう法人内の他事業所のメンバーとともに検討している。

また、アセスメントの前提となる利用者状況の把握には、家族や他の事業所や関係機関の協力を得ている。家族からは、家族会や帰省時の様子、また支援計画の見直しの時期には家庭訪問をして「今後の支援に関する要望書」を作成して、家族が捉えている利用者の状況・希望を把握するようにしている。日中活動で他の事業所を利用している人は、連絡帳、電話、個別支援計画などで状況を共有している。主治医、事業所看護師、栄養士からの情報も収集している。日々の活動の記録からは、個別支援計画の1項目を選び、1カ月ごとに利用者状況をまとめ、支援の進捗状況を確認している。その情報は、半年ごとの個別支援計画の見直しの時期に、アセスメント情報の更新へ反映されている。

さらに、アセスメントから支援計画を作成するプロセスにおいて、専門職の積極的な参加促進を検討するよう期待する。

#### 2. 看護師を中心に、多職種連携によって利用者の健康維持と感染症予防に取り組み、適切性を期している

健康管理は、看護師の管理のもとで行われている。看護師は基本的に生活介護のある日中の時間帯に勤務し、夜間は必要に応じて電話で相談を受けて、指示をしている。月の半分くらいは現場から電話がかかってくるが、看護師は「遠慮せずに連絡してくるように」と職員に伝え、その気遣いもあってか、夜勤職員は安心して利用者の支援を実施できていると管理者は捉えている。

看護師の具体的支援として、通院は看護師の指示で実施しているが、必要に応じて看護師が同行している。そのことで状態をきちんと医師に伝えることができ、同時に医師の指示を正確に捉え、処置等を行うことができている。また、利用者の健康管理面では、毎月1回体重測定を実施し、その結果は栄養マネジメントにも生かしている。健康診断は年2回実施し、この結果は嘱託医に見てもらい、家族にも報告している。

また、支援職員に対しては、エピペン、吐瀉物の始末の方法などの研修を行っている。このときには少人数でできるよう班会議で実施し、実効性をあげられるようにしている。

このような取り組みは、利用者の安心・安全だけでなく、職員にとっても信頼感・安心感をもたらすものであることから、利用者の生活を守る施設として重要な支援である。

## ◇特に改善を求められる点

### 1. 職員一人ひとりの質の向上に向けた取り組みを意識した職場づくりが求められる

法人は総合的な人事管理に取り組み「キャリアパス運営指針」を策定している。このなかでキャリアアップに対応した処遇制度、職員研修体系、業務目標管理評価制度を連動させ、職員一人ひとりの育成に向けた体制を整備している。そして、目標の達成に向けて、キャリアステージ（職位階層）別の研修体系に基づいて、OJT、Off-JT、SDS（自己啓発支援制度）を実施し、それらの進捗管理は、管理者が面接を行い、その結果を各職員にフィードバックするしくみである。管理者は、目標管理の面接時は、職員の「やる気」を高めること、そして次の課題を一緒に考え、能力の向上を期することを課題として取り組んでいる。

しかし職員自己評価では、目標設定について、目標項目、目標水準、目標達成期限の明確化に関して肯定率が低い。これは、自ら将来の姿を描くことを困難にしているのではないかと懸念される。また、就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりへの取り組みにおいても職員の肯定率は低く、人材や人員体制に関する取り組みが不十分であることも、その一因と思われる。管理者は、このような状況を認識しており、改善に向けた今後の取り組みを期待する。

### 2. 快適性と安心・安全に配慮した生活環境の確保に向けて、具体的な取り組みが求められる

当事業所は開設 25 周年を迎えているが、施設の老朽化への取り組みは随時実施している。加えて、清潔さを大切にして快適・安全に過ごせるようにするための環境整備は、日々取り組みとして確実性が求められる。事業所としても改善に取り組んでいるが、汚れた状態が散見される。さらなる取り組みが必要である。環境については、安全点検表等の管理を再確認する必要があり、十分対処されるよう期待する。環境整備が疎かになると、利用者や職員の思わぬ事故につながる事が予測される。また、整備された清潔な環境のなかでは、安全面だけではなく、情緒面でも安定しやすくなる状況が考えられる。さらなる取り組みの充実を期待する。

## ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当施設の現状および課題について、第三者評価機関としての視点で見させていただきました。また、アンケート集計の結果により、数値的にも現われているように、入所施設として、今後どのような方向性になっていくのかなど、明確になっていない部分が意見および数値にも表われていると思います。

リーダーシップを発揮し、方向性を利用者、家族、職員に示し、意見を出し合う取り組みを今後行っていきます。

## ⑧ 第三者評価結果

別紙（p.5～37）の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

## 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・周知されている。

I-1-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		評価
判断基準	a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	a
	b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)61.9% b)38.1% c)0.0% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、基本理念、基本方針、行動指針について「クムレ10の心得」に明文化し、ホームページや広報誌「ふれあい クムレだより」(年3回、約1,000部発行)等に掲載するとともに、事業所の玄関にも掲示している。基本理念「ともに育ち ともに生きる」には、利用者や家族・職員はもとより、地域の方々とも「ともに」という考え方を包含している。</li> <li>・嘱託職員含む全職員にはブランドブック(組織の理念等を職員に理解・浸透させることを目的として配布する冊子)を携行させ、当事業所内の会議や委員会では「クムレ10の心得」を唱和し、周知を図っている。また、法人が主催する各種会議や研修会においても、理念、基本方針、行動指針を繰り返し確認している。</li> <li>・家族に対する理念、基本方針の説明は、年度末・始めの家族会で、職員に配布している資料をパワーポイントなどに投影して説明している。また年度途中で、事業の進捗状況を報告している。なお、毎回家族会に参加が難しい家族が増えている現状から、今後の取り組みとして、郵送による取り組みを検討する意向がある。</li> </ul>	

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		評価
判断基準	a) 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
	b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.1% b)47.6% c)4.8% 無回答)9.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・業界全体の動向は理事長が国の会議などから迅速に把握し、それを執行役員会および経営会議に諮って方向性を定め、倉敷地域および水島地域の各拠点会議で各事業所管理者に周知させて共有化している。管理者は拠点会議での報告や検討内容を職員会議で報告している。</li> <li>・法人では平成29年度からは全事業所を倉敷地区と水島地区の地域で区分し、各地区に「拠点会議」を設置し拠点地域ごとの課題に応じた事業推進体制に再編した。これは、国の「共生社会の実現」に向けた施策や、法人の方針「乳幼児期から高齢期に至るライフステージでの切れ目のない支援体制づくり」などを踏まえての取組である。拠点に所属する事業所は、サービス分野ごと調整会議を設定し、事業環境を取り巻く地域情報を共有するようにしている。</li> <li>・管理者は、行政のホームページや関連団体が発行する情報誌などから、外部環境の動向などを把握するようにしている。</li> <li>・管理者は、利用率や収支状況については毎月数値化し、拠点会議に報告している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人としての取り組みはありますが職員への周知、理解を促す取り組みは弱い。また事業所として、主体的な取り組みは乏しく、各種会議でも話題になることは乏しい。このような現状があり、職員の自己評価も低率である。事業所管理者として意図的、計画的な取組を期待する。</p>	

I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		評価
判断基準	a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
	b) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。	
	c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)28.6% b)57.1% c)9.5% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・理事長や法人本部が中心となって、制度改正や医療・福祉を取り巻く状況を踏まえながら経営環境に関する現状分析を行い、経営課題を明確にしている。そして「第2期中期経営計画」(2015~2019年)に基づき組織をあげて計画的に事業展開を図っている。</li> <li>・倉敷市内各地での新規事業所の開設、当事業所のある「倉敷拠点」における地域交流の拠点「ひろば栗の家(おうち)」の整備による育児や発達の相談事業や親子療育などの実施、「水島拠点」の「ひろばにじいろ」での「育児や発達の相談」など多様な取組を進めている。</li> <li>・当事業所は開設以来25年を経過し、施設の老朽化が進んでいる。また、現状の従来型施設からユニット型の施設の変更する方針を決め、今年度の事業計画には、ワーキングチームを立ち上げ、ユニット化に向けた体制作りを行うと明記している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・理事長のリーダーシップのもと、法人として経営課題を明確化し具体的な取組を計画的に進めているが、職員への周知が不十分である。中長期計画に掲げている「地域福祉ニーズに対応した開拓的事业へのチャレンジ」では、当事業所の将来に向けた検討すると明記している。ワーキングチームの活動を活性化させ、職員への周知により、全職員が一丸となって取り組む事を期待する。</li> </ul>	

### I-3 事業計画の策定

#### I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	a
	b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)76.2% b)19.0% c)0.0% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・法人は、制度改正や医療・福祉を取り巻く状況を踏まえ、そして法人の理念、基本方針に沿って第2期中期経営計画を定めている。この計画は副理事長をリーダーとして主に各事業所の管理者が中心となって原案を作り、経営会議に諮って策定した。第2期中期経営計画では、法人の理念のもと「利用者、地域から信頼される社会福祉法人」の実現を目指し、「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」などの「7つの柱」を掲げ、それぞれの柱ごとに具体的な取り組みを明示している。また、社会的な環境の変化に対応させ中長期計画はの見直しは、執行役員会の責務であり、結果は経営会議で報告され、拠点でも周知される。毎年見直しをして記載内容も変えている。</p> <p>・中長期計画は、年度当初に全職員に説明している。中長期計画の中でも、その年度に重点項目となる取り組みについては、より具体的な目標として掲げて説明、及び拠点方針や事業計画として取り組む内容についても説明している。</p>	

I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 単年度計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	b
	b) 単年度計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)61.9% b)28.6% c)9.5% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・事業計画は法人の「第2期中期経営計画」を踏まえ「倉敷拠点」「水島拠点」それぞれの統括(法人の執行役員)の職にある職員がその枠組みと「拠点計画」を明示し、これを受けて各事業所が事業計画を策定するしくみである。</p> <p>・各事業所が策定する事業計画の具体的な事項は、「事業年度方針」「支援計画」「働きやすい職場づくり」「防災・安全・衛生計画の重点目標」「利用者満足の取組み」「地域貢献」「施設整備計画」「年間研修計画」「年間行事計画」で構成される。そして、各分野に応じ達成目標(何を、どのレベルまで)「実施計画(いつ、どのような方法で)」「実施責任者(誰が)」を記載している。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>・事業計画は職員に配付し、また、年度当初に職員会議で説明している。しかし、事業計画の内容に関しては、達成目標や実施計画などにおいて具体性に欠け、職員自己評価では、実施状況の評価を行える内容になっているかの視点から、肯定率は低い。管理者も同様の判断である。具体性を課題にした検討を期待する。</p>	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		評価
判断基準	a) 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
	b) 事業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、または、職員の理解が十分ではない。	
	c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)23.8% b)66.7% c)9.5% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・当事業所の事業計画は、法人本部が示すスケジュール等に従って作成している。当事業所では、事業計画の作成に当たり、半期ごとの振り返り・計画の見直しを「責任者会議」で確認している。責任者会議は、管理者、サービス管理責任者、班の代表者(利用者のニーズ、適切性を判断し5班に分けている)、看護師、栄養士で構成されるので、リーダー層は班会議(管理者も参加)で報告・討議する機会を通じ、全職員に周知、意見を聞いている。このようなプロセスを経て、管理者は、事業計画の原案を作成し、法人に提出している。                      ・管理者は法人として認めた事業計画は、職員に配付して説明をしている。この時に留意点として、わかりやすい表現、当事業所で行うことができる事例などもあげながら説明している。                      ・事業計画の進捗状況と課題の共有は、平成29年度から各拠点(倉敷および水島)会議(毎月開催)で行っている。</p> <p>■ 改善課題                      事業計画の立案は、責任者会議での振り返り、その内容を活用して作成されるが、職員自己評価では肯定率が低い。策定のプロセスの明確化及び事業計画の実施状況の把握、評価・見直しにおいても職員参加の対策が求められる。</p>	

I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		評価
判断基準	a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	b
	b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 事業計画を利用者等に周知していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)14.3% b)52.4% c)23.8% 無回答)9.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・家族には、年度初めの家族会で、事業計画について説明している。                      ・計画の内容は、法人として発行する広報誌「ふれあい くもレだより」でも紹介している。</p> <p>■ 改善課題                      ・家族への周知は、事業計画の説明にとどまっている現状を、管理者は不十分と認識している。家族にわかりやすい資料の作成、配布、そして複数回の説明が必要であるとしている。取り組みを期待する。</p>	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
	b) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。	
	c) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)28.6% b)66.7% c)4.8% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      法人として全事業所が数年ごとに第三者評価を受審できるように計画している。そして受審した事業所では、第三者評価の報告書を受け、管理者が中心となって改善計画をまとめ、職員や法人役員等が参加する「報告会」を開催して発表している。その後、改善計画の進捗状況を報告している。                      ・今回の第三者評価の受審結果は、責任者会議の議題として検討する。そして、すぐ改善できる項目には即座に取り組み、また次年度の事業計画で取り組む課題を明らかにする方針がある。全職員が見ることができるようパソコン上にも掲載する方針である。</p> <p>■ 改善課題                      ・第三者評価以外の取り組みとして、たとえば各種委員会に置いて、PDCAを意識した取り組みが求められる。                      ・職員自己評価では、肯定的な回答は3割を切る。評価結果を分析・検討する場が不明であること、職員の参加が乏しいことが影響している。取り組みを期待する。</p>	

I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		評価
判断基準	a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	b
	b) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。	
	c) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)28.6% b)57.1% c)4.8% 無回答)9.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・法人として全事業所が数年ごとに第三者評価を受審できるように計画している。そして受審した事業所では、第三者評価の報告書を受け、管理者が中心となって改善計画をまとめ、職員や法人役員等が参加する「報告会」を開催して発表している。その後、改善計画の進捗状況を報告している。                      ・今回の第三者評価の受審結果は、責任者会議の議題として検討する。そして、すぐ改善できる項目には即座に取り組み、また次年度の事業計画で取り組む課題を明らかにする方針がある。全職員が見ることができるようパソコン上にも掲載する方針である。</p> <p>■ 改善課題                      ・職員の自己評価では、肯定的な回答の割合は3割を切る。第三者評価の結果を受けて事業所として組織をあげて改善に向けて取り組むためには、受審結果の共有から改善計画の立案過程において、職員が参加する機会を意図的に設けて協議を重ねていくことが重要である。今回の受審結果の活用により、成果が出ることを期待する。                      ・また、各種委員会や、会議においてもPDCAを意識した取り組みが求められ、法人・事業所としてリーダー層の育成も課題である。</p>	

## II 組織の運営管理

### II-1 管理者の責任とリーダーシップ

#### II-1-1(1) 管理者の責任が明確にされている。

II-1-1(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		評価
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>■ 職員の自己評価の結果は、a)61.9% b)33.3% c)4.8% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者の役割は法人の定めるキャリアパスのしくみの中で、職員の職務・役割階層ごとに求められる「期待像」に照らした「役割基準」として明示されている。また、法人の組織図、事業所内分掌に役割を明記している。</li> <li>・当事業所の管理者は、平成30年4月に法人内障害者生活介護事業所から異動してきているが、過って当事業所で支援員を担当している。今回管理者としての責務を負うことになり、事業運営方針として、利用者主体の支援を充実させたいとしている。また法人のミッションを実現することを責務としている。</li> <li>・管理者は自らの役割と責任については、職員には「班会議」や「責任者会議」で伝え、家族には家族向け通信や家族会で、取組み状況を報告している。また、経営会議や拠点会議に参加し、法人の方針などは、「班会議」や「責任者会議」で報告している。</li> </ul> <p>・なお、管理者自己評価および職員自己評価では、災害・事故が発生したときに管理者不在の場合の権限移譲に関連する事項の明確化について、肯定率が低い。取組みを期待する。</p>	

II-1-1(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、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) 管理者は、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) 管理者は、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>■ 職員の自己評価の結果は、a)47.6% b)33.3% c)9.5% 無回答)9.5% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、遵守すべき法令等について全国社会福祉協議会主催の施設長対象の研修のほか、行政などが主催する研修会などの参加して学び、確認している。また、法人としても、基礎研修として毎年、全職員を対象に、倫理綱領、権利擁護、差別、虐待防止、プライバシー守秘義務(個人情報取り扱い)の理解について、人権倫理委員会が主催し、管理者は権利擁護の研修会には参加している。</li> <li>・福祉制度に関する法改正、報酬改定については、職員への情報発信に取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>管理者は、現状の情報発信の内容は、加算や報酬の説明になりがちであり、法令・制度などについての理解を促す取組みは弱いと認識している。職員自己評価では、肯定率は低い。理解が困難な分野とは思われるが、工夫を凝らした取組みにより、周知が促進されることを期待する。</p>	

Ⅱ-1-1(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

Ⅱ-1-1(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。		評価
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もち、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もち、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>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)47.6% c)9.5% 無回答)9.5% であった。</p> <p>■ 取組み状況                      ・事業運営方針として、利用者支援の基本柱として「自立」「尊厳」「リハビリ」を掲げ、アセスメントの充実と利用者主体のサービスの提供を優先に考えること、すなわち利用者ありきの支援を充実させたいとしている。また法人の中長期計画で課題とされ、当事業所の事業計画で計画化した“ユニット化”への取組み、そのためのワーキングチームの選択と活動、その推進を課題としている。また、職員の働きやすさの視点から、人手不足の現状を踏まえ、働き方の見直しが必要だとしている。                      管理者は、職員の参考となると思われる情報・資料をグループウェアにアップし、提供している。</p> <p>■ 改善課題                      職員自己評価では、課題や改善への取組みに関する具体的な取組みの明示や指導力の発揮、また職員の意見を反映するための具体的な取組みに関し、肯定率は3割台である。現在取り組んでいる課題を確実に実施し、職員が成果を実感できるようになることを期待する。</p>	

Ⅱ-1-1(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)52.4% c)9.5% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取組み状況                      ・管理者は当事業所における予算収支実績、事業の進捗状況を確認するとともに経営会議(月1回)に報告し、全体的に共有している。                      ・残業が多い現状をから記録に関する時間をつくり、夜勤者が申し送りを受ける時間を充実させることにも取り組んでいる。また、記録物の適切な活用にも取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題                      残業時間の改善に取り組んでいるが、夜勤者に対しては、まだ不十分であることを課題にしている。人事・労務・財務等の視点から恒常的に事業所を検証し、コストにも配慮しつつ効果的な事業経営に向けた業務改善を具体的に進めることが求められる。また、同様の意識を職員にも醸成し、事業所全体で効果的な事業展開を目指すための指導力も求められる。さらなる取組みに期待する。</p>	

## Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

### Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。		評価
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、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。	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、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 19.0% b) 47.6% c) 28.6% 無回答) 4.8% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として第2期中期経営計画に「やりがいと自己実現を目指せる仕事」を柱の一つに掲げ、それに則って平成29年に「キャリアパス運営指針」を改訂し、必要な人材やその育成に関する方針等を明示している。また、職員個々の目標として資格取得を掲げている職員に対しては勤務などにおいて、休暇取得など配慮をしている。</li> <li>・職員の採用計画は法人の執行役員会で検討され、具体的な採用活動では正職員の定期採用は法人本部が所管して、リクルートチームを構成して取り組んでいる。特徴として、法人独自に各事業所が参加し、大学生や支援学校の家族を対象に求人説明会を開催している。また大学訪問を行い、年間数回の試験を実施して採用を行っている。</li> <li>・法人として、引きこもりなど、何らかの課題を持つために、就労訓練を必要とする市民や生活困窮者等を対象として受け入れ、就労してもらうために「クムレ版就労訓練事業」などへの取り組みを開始している。</li> <li>・当事業としては、保育士、社会福祉士、介護福祉士の実習を受けた際に、この人たちへの働きかけを行い、非常勤職員として働いてもらうことや事業を通して知り合った地域の住民にも非常勤職員として働いてもらうなど多様な働き方も取り入れている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では、人材の確保や育成、効果的な福祉人材の確保など、法人の取り組みについての肯定率は低い。人手不足が背景にあると思われるが、検討を期待する。</p>	

Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。		評価
判断基準	a) 総合的な人事管理を実施している。	b
	b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c) 総合的な人事管理を実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 23.8% b) 52.4% c) 14.3% 無回答) 9.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・期待する職員像は、職員の行動規範として「10の心得」および利用者支援や業務を行うに当たっての心構えとして「支援10の形」を明示している。</li> <li>・法人は、「キャリアパス運営指針」で職員育成に関する方針を示している。それにより、一般職から経営職にいたる階層ごとに期待する役割を定め、キャリアアップに対応した職員研修体系によって職員育成方策を明らかにし、業務目標管理評価制度によって職員の目標管理を行うしくみを連動させ、職員一人ひとりの育成に向けた体制が整備されている。正規職員にはキャリアパス運営手引きを配布している。</li> <li>・平成29年7月から、法人では新たな人事考課制度(正職員対象)を導入した。これは「第2期中期経営計画」に基づいて改正されたもので、以前よりも処遇と階層(等級)の関係を分かりやすく整理することを目指している。これによりキャリアステージごとの「役割基準・職務基準」に基づいて実践と評価を行うしくみであり、手順も明示されている。</li> <li>・非常勤職員(嘱託職員)に対する評価基準は、時給の見直し時に「キャリアパス運営の手引き」にある職務基準チェック表(該当項目)を使い、面談や自己評価、管理者評価をしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では、人事管理全般について肯定率は低いが、特に職員が、自ら将来の姿を描くことができるようしくみづくりについては、原因の分析と取り組みが求められる。また、キャリアパス対応人事処遇制度の理解と推進に向けた具体的でわかりやすい取り組みを期待する。</p>	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		評価
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、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	b
	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>■ 職員の自己評価の結果は、a)23.8% b)52.4% c)19.0% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、第2期中期経営計画で「働きやすい職場・労働環境の整備」を掲げ、よりよい人材が働き続けられ、職員が安定的に確保できるように法人全体で各事業所の職場づくりに気を配っている。また、資格取得の推進、専門職を対象とした資格手当の増額にも取り組んでいる。</li> <li>・職員の就業状況や意向の把握は基本的には管理者の役割であり、毎月ごとに有給休暇や時間外労働のデータを確認し、本部の労務管理担当者に提出し、また職員の意向については、拠点の統括責任者に相談している。目標管理の面接、あるいは必要に応じて個別に面談要望があれば常に受け入れている。</li> <li>・職員の健康面への配慮として、年1回ストレスチェックを実施し、産業医のフォロー体制をとっている。また、法人内にハラスメント窓口の設置、サークル活動への参加促進などの取り組みがある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>法人として、週2回の定時退社や有給休暇の取得を勧めているが、当事業所では有給休暇は全体的には取得できていない。また変則勤務であるため、会議体の実施などが勤務後になることがある。職員自己評価では、有給休暇の取得や時間外労働への適切な取り組みについては肯定率は高いが、働きやすい職場づくりの視点から、人材や人員体制に関する取り組みの不十分さ目立つ。その原因分析と解決に向けた取り組みの強化に期待する。</p>	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	b
	b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	
	c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.1% b)57.1% c)4.8% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は「キャリアパス運営指針」で「使命感、倫理観を有する職員の育成」等の「人財育成の方針」を示し、それによって、キャリアアップに対応した処遇制度、職員研修体系、業務目標管理評価制度を連動させ、職員一人ひとりの育成に向けた体制を整備している。</li> <li>・目標管理は、法人が初任者・中堅職員など階層別に求める専門性や能力を明示し、それを踏まえて各職員が「業務・目標管理シート」等の所定の様式によって目標をたて、上席の職員との面接でそれを決定する。さらに目標達成に向け、キャリアステージ(職位階層)別の研修体系に基づいてOJT、OFF-JT、SDS(自己啓発支援制度)を行い、それらの進捗管理は、目標設定時(5月)、中間時(10月)、期末評価時(3月)の面接で確認され、その結果を4月中旬に各職員にフィードバックするしくみである。</li> <li>・管理者は、目標管理における面接時は、やる気を高めること、そして次の課題を一緒に考え能力の向上を期することを課題として取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>職員自己評価では、目標設定において、目標項目、目標水準、目標達成期限の明確化について、肯定率が低い。法人として新たに考課者に任命された職員に対する考課者研修を実施するなどの取り組みはあるが、さらなる充実を期待する。</p>	

II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	
	c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)52.4% b)42.9% c)0.0% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、研修メニューについては「キャリアパス対応人事処遇制度」と一体的に推進するとし、法人の理念などに関する共有と実践から始まり、現場での実践力の獲得や新任職員向けの研修、階層別、事業種別・課題別専門研修など、全体を網羅した研修計画を策定している。研修内容により、法人が主催、各拠点が主催する研修があり、時期、研修内容、テキスト、研修担当者などが明示され、現場としては職員の参加に関し計画が立てやすい。</li> <li>・当事業所では法人、拠点の研修制度を活用して、対象となる各職員を研修に参加させているほか、事業所独自に毎月1回の職員会議の時に内部研修会を計画している。また外部研修への派遣として、強度行動障害支援者（基礎・実践）、障害者虐待防止研修、また他施設への施設見学などに計画的に取り組んでいる。</li> <li>・研修計画の評価は、階層別研修は、キャリアパス推進室、専門研修や事業所研修については、事業所として取組み、次年度に向け評価見直しをしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では、定期的に計画の評価と見直し、および研修内容やカリキュラムの見直しについて肯定率は低い。法人として横断的な取り組みに留まらず、当事業所の特性を踏まえた、内部研修の充実を課題とした取り組みに期待する。</li> </ul>	

II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	b
	b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)42.9% b)52.4% c)4.8% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・正職員は「業務目標管理評価制度」によって一人ひとりの目標が定められ、その課題に応じて法人の諸研修を受講する。新任研修、一般職員、管理職などの階層別に実施されている。</li> <li>・外部研修については、SDS(自己啓発)を基本とし、研修情報を法人内で共有し、職員に周知させ、参加を呼びかけている。当事業所としては、掲示板を活用して情報を発信している。</li> <li>・新任職員には「クムパートナー制度」(マンツーマンの指導体制のしくみ)によって計画的にOJTを行っている。法人共通の「OJTチェックシート」そして、職務基準チェック表を活用して教育、そして入職後1カ月を目途に夜勤ができるかどうかを判断している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では、外部研修に関する取り組み、及び研修に参加できるような配慮に関し、肯定率が低い。検討を期待する。</li> <li>・嘱託職員については、年4回「法人の理念～ブランドブックやクム60年の歩み、人権(権利擁護)など」を開催しているが、参加者は開催日の直近で入職した人が対象になっている。確実な参加とその後の継続した研修などについては今後の課題である。</li> </ul>	

Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		評価
判断基準	a) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	a
	b) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。	
	c) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備しておらず、教育・研修が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)47.6% b)47.6% c)4.8% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、実習生受け入れ担当を決め、「実習生受入マニュアル」を定め、次世代を担う福祉の人材を育成するために積極的に受け入れることや、自らのサービスの質の点検であること、などを明らかにしている。また、マニュアルでは受け入れにあたっての留意事項や実習生に伝えることなどを明示している。</li> <li>・受け入れに際しては事前に学校側と打ち合わせを行い、また見学を実施している。保育士、介護福祉士、社会福祉士の実習を受け入れており、各専門職のプログラムに応じた実習内容にしている。そして実習中においても、必要に応じ、学校側と連絡を取りながら進めている。</li> <li>・管理者は実習生の受け入れを、外部の目が入る重要な機会と位置づけて職員に伝えることに努めている。また、実習生に対しては、実習中の身だしなみ、挨拶などで気づいたことを伝え、当事業所での気づきや体験を次の実習場所で生かしてもらえるように伝えている。</li> </ul> <p>・なお、職員自己評価では、実習生の受け入れや指導は、担当者に任せられており、職員全体への周知は不十分で、職員間の十分な共通理解には至っていない。職員を巻き込み、実習受け入れの目標、成果などを再検討する機会、共有する機会が求められる。</p>	

## II-3 運営の透明性の確保

### II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。		評価
判断基準	a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。	b
	b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。	
	c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.1% b)47.6% c)9.5% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人は、運営の透明性を確保するため、平成28年度にホームページを刷新した。その運用は法人が管理し、広報委員会が所管している。法人概要、事業案内、情報公開(財務情報、第三者評価の受審結果、事業計画など)といった項目構成で発信している。職員からの情報発信を伝える「スタッフブログ」は月1回更新する方針である。また、「ひろば栗の家」の取り組みについては、ソーシャルネットワークサービス(SNS)を活用している。</li> <li>法人の広報誌「ふれあい くもれだより」は年3回(各約1,000部)発行し、利用者(家族)、後援会会員などに配布している。当事業所では、利用者と一緒に近隣の地域(40世帯)へも配布している。</li> <li>法人として少しずつホームページなどによる情報発信を重視する方向に転換している。</li> <li>苦情内容や取り組みについては、家族会で報告している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>ホームページを刷新し、法人の基本理念はもとより第三者評価の受審結果や財務諸表などを公表し、積極的に事業の透明性の確保に努めている。しかし、苦情相談の体制や苦情内容の公表は行っていない。寄せられる苦情・意見とそれに対応した状況などはサービスの質の向上に関する事項であり、利用者(保護者)や地域に対して理解を深めていくツールとして、また、公費によるサービス提供の主体として説明責任を果たしていく意味でも重要である。さらなる取組みに期待する。</p>	

II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。		評価
判断基準	a) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b
	b) 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われているが、十分ではない。	
	c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)19.0% b)61.9% c)14.3% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人として「入札・経理規程」を定め、物品購入や設備工事の契約額に応じた決裁区分や経理上の基準を定めるなど、適切な経理事務の実施に努め、法人監査で確認されている。</li> <li>平成28年度から公認会計士と顧問契約し、現在は各事業所を回って経理事務や帳票を確認することで事業所の実情や書類の管理状況等を把握してもらっている。また、昨年度の決算書類の内容を確認してもらうことで、今後の本格的な外部監査の実施に向けて準備中である。</li> <li>職員への周知として、法人の取り組みは「経営会議」における議事録の回覧などがある。</li> </ul> <p>■ 改善提案</p> <p>職員自己評価の「公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている」の各項目で、肯定的な回答の割合は低い。職員への周知策としてさらなる取組みが求められる。</p>	

## Ⅱ－４ 地域との交流、地域貢献

### Ⅱ－４－(1) 地域との関係が適切に確保されている。

Ⅱ－４－(1)－① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。		評価
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>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.1% b)61.9% c)0.0% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は、第2期中期経営計画で「地域の社会資源との関係づくり」を掲げ、「地域の関係機関、児童クラブ、学校等との情報提供や、地域住民の福祉ネットワークづくりに取り組む」としている。また、当事業所のある倉敷地域での地域交流拠点「ひろば栗の家」での活動展開の方向性等について明示している。「ひろば栗の家」では、地域住民との交流や大学生ボランティアとの交流の場を催している。</li> <li>・当事業所では、近隣の2つの町会と連携して地域の問題に取り組む「地域連携委員会」を立ち上げ、年間計画を作成して年2回および随時に会議を開催し、当事業実態を報告し、行事など共同で取り組んでいる。</li> <li>・地域に行事や活動に参加する時には、ポスターを掲示し、チラシの配布などにより利用者の参加を促進している。</li> <li>・買い物や、通院などについては、個別対応また小グループ単位で取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人、エリアとして地域との交流を充実させているが、当事業所からの参加は乏しい。</li> <li>・当事業所として、地域との交流、利用者や家族が参加できる交流の機会を増やしているが、職員自己評価では地域の人々との交流の機会、地域の社会資源の紹介や活用において、肯定率は低い。目標を明確にし、計画的な取組むこと、その充実を期待する。</li> </ul>	

Ⅱ－４－(1)－② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		評価
判断基準	a) ボランティア等の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。	b
	b) ボランティア等の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) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)42.9% b)52.4% c)4.8% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所として、職員代表による地域連携グループ(委員会)を決め、ボランティアの受け入れなどに関する取組みをしている。受け入れ前のオリエンテーションから、活動の振り返りまでを行っている。</li> <li>・法人の取組みとして、40歳未満の市民には、法人独自の制度「クムレいききポイント」を設けてボランティア活動の振興に努めている。この制度で、ボランティアをした場合は、実績に応じてポイントを交付し、貯まったポイントをクムレ商品と交換できるシステムである。この活動に参加している人は、家族による清掃活動、体操講師など延べ40名である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>ボランティアの受入れに際し、学校教育などへの協力については、趣旨の説明は実施したが具体的な取組みには至っていない。職員自己評価でも肯定率は低い。ボランティアの受け入れは、単に職員の不足を補うためのものではなく、学校教育における体験教室などへの協力など、地域における福祉教育を進めるという側面からも福祉事業所の役割の一つとして重要である。職員への理解促進を含めて、さらなる取組みに期待する。</p>	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		評価
判断基準	a) 利用者によりよい福祉サービスを提供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把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	b
	b) 利用者によりよい福祉サービスを提供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把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c) 利用者によりよい福祉サービスを提供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>■ 職員の自己評価の結果は、a)28.6% b)57.1% c)14.3% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域移行や関係機関との連携を意識した取り組みは、法人内関係事業所による会議や他事業所・機関を含む会議が計画され、情報交換や事例検討などの取り組みがあり、当事業所からは、管理者、サービス管理責任者、リーダー層が参加している。</li> <li>・入所者の約2割が、日中は法人内の他事業所の生活介護や就労継続B型事業所を利用している。また、相談支援事業所は3カ所と連携している。このような他機関とは必要性を判断し連携会議を設定している。</li> <li>・関係機関・団体との定期的な連絡会には、管理者、サービス管理責任者等が参加し、地域の現状や課題を把握している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>これまで、入所施設内で完結した支援が多く、また、担当者会議等の開催頻度も低く、職員は関係機関との連携を意識する機会は乏しかった。職員自己評価では、他機関との連携状況などについての肯定率は低い。関係機関との連携に関する課題を事業計画化する等により、出来る限り多くの職員が連携に参加する機会の計画的な取り組み、充実が求められる。</p>	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・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) 福祉施設・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) 福祉施設・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) 福祉施設・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>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.1% b)52.4% c)4.8% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取組み状況                      ・当事業所では「地域連携グループ」が率先して地域との交流に取り組み、近隣地域と協働で防災に関する講習会や炊き出しを実施している。また、地域の草刈りなどでも町内の活動に参加し、その後交流会を実施している。                      ・法人では平成29年度から全事業所を倉敷地区と水島地区という地域で区分し、地域ごとの課題に応じて諸事業を推進する体制とした。そして、各地区の「地域交流拠点」の施設として当事業所を含む倉敷地域では「ひろば栗の家」を、水島地域では「ひろばにじいろ」を整備している。この地域交流拠点では、地域貢献を意識した各種活動を実施しているが、地理的な問題もあり、当事業所の関係者は参加していない。                      ・倉敷拠点として、災害時の役割を強く認識し、避難場所や炊き出し訓練等、地域参加の避難訓練を実施、また避難場所として提供すること、他団体と共催し「防災セミナー」を開催するなど、防災を通じた取組みを充実させている。</p> <p>■ 改善課題                      法人として、倉敷拠点として、地域貢献には積極的に取り組んでいる。しかし、職員自己評価では、社会福祉の分野にかかわらず、地域の活性化や、まちづくりへの貢献について、肯定率は低い。当地域としての活動の充実が求められ、さらなる取組みを期待する。</p>	

Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動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しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	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>■ 職員の自己評価の結果は、a)19.0% b)61.9% c)14.3% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取組み状況                      ・法人では国の「共生社会の実現」に向けた施策の方向性や、法人における「乳幼児期から高齢期に至るライフステージでの切れ目のない支援体制づくり」(法人広報誌より)を目指す取組みなどを踏まえて「ひろば栗の家」(倉敷地域)および「ひろばにじいろ」(水島地域)で、親子が集うサロン活動、世代間交流、療育や子育てに関する専門相談等、公益的な事業に取り組んでいる。さらなる充実を期し、「ひろば栗の家推進会議」を3カ月に1回開催し、地域住民・関係機関・大学などの参加を得、情報交換・推進に取り組んでいる。                      ・法人として、「くもれ地域公益活動推進センター」を立ち上げ、就労訓練を必要とする市の制度外の人や生活困窮者等を対象とした支援事業である「くもれ版就労訓練事業」と「認定就労訓練事業」を新たに開始している。</p> <p>■ 改善課題                      法人として、拠点として地域貢献の事業に積極的に取り組んでいる。しかし、職員自己評価では、まだ周知・理解が進んでいない状況である。今年度は事例検討会や小地域ケア会議などへの参加により、地域との関係者と顔を合わせる機会が増えている。このような活動を通じ、地域における福祉ニーズを発見し、活動化して行くことが求められる。全職員が理解すること、参加することを通して「共生社会の実現」が進んでいくと思われ、当地域での取組みの可能性の検討など、さらなる取組み期待される。</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。

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持つための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 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が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。 b) 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は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。 c) 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が明示されていない。	b
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)47.6% b)52.4% c)0.0% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・法人の基本理念「ともに育ち ともに生きる」は事業所入口に掲示され、リーフレットには基本理念とともに「私たちは心にアンテナを張り、小さなニーズも見逃さない支援をします」等の行動指針や、①その人らしい生き方の支援、②家族と支える利用者の暮らし、③地域で支え合う環境づくり」と事業所の重点目標を掲載している。法人理念、行動指針は朝礼や会議で唱和している。また職員に配布されている事業所年度計画には、事業所年度方針として「重度の障害があっても地域でその人らしく生活できるような支援を行う」「社会参加の機会および活躍の場の提供と促進を図る」「アセスメントに基づき、本人の意思決定・自己決定につながる支援を行う」と明示されている。その上で上記事業所重点目標を掲げている。</p> <p>・また、法人支援の3大基本柱である「自立・尊厳・ハビリテーション」や意思決定支援についての研修を行い、利用者尊重について共通の理解で支援ができるよう取組んでいる。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>・法人・当事業所の方針が明確であり、支援の目標は理解できているが職員自己評価は高くない現状である。管理者は、今年度の配置職員数や業務の煩雑さなどにより、実際の支援には至っていないこと、また現状の余裕のなさが自己評価につながったと考えている。改善策として、業務の見直し、月1回のケース検討会の実施、朝礼時の唱和を行うなどに取り組んでいる。成果を期待する。</p>	

Ⅲ-1-1(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		評価
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 b) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。 c) 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	b
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.1% b)42.9% c)0.0% 無回答)19.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <p>・虐待防止や権利擁護に関してはマニュアルがあり、それに基づいて事業所内で研修している。権利擁護の支援を実現するため、人権委員会で「肯定的な声かけをしよう」など毎月スローガンをつくり、支援室等見える所に掲示し、会議で唱和し取組んでいる。取組みは毎月職員会議で振り返り、実践に生かされているか評価している。不適切と思われる関わりがあった場合は、管理者が面談で指導したり、職員同士で会議内で指摘し合うようにしている。</p> <p>・プライバシー保護については、ガイドラインである「支援の心得」が明文化され、冊子を職員一人ひとりが持っており、会議等で唱和している。また、トイレ、浴室等十分に配慮が必要な場所には「支援の心得」を掲示し、支援中にも確認できるようにしている。ハード環境として、相部屋であるが、カーテンや衝立等工夫をしている。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>・ハード環境から相部屋であり、個室を確保できないことが既に配慮が不十分ではないか、という認識が職員アンケートからうかがえる。問題意識を持ち続け、さらなる取り組みを期待する。</p>	

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。

Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		評価
判断基準	a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	b
	b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)23.8% b)71.4% c)4.8% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の情報はリーフレットや広報誌、法人ホームページに掲載している。リーフレットや広報誌は行政機関の窓口や、地域住民が利用する「ひろば栗の家」にも置いている。電話の問い合わせがありサービス利用を検討している方には、積極的に見学を勧めている。</li> <li>・見学者には管理者とサービス管理責任者が対応している。1時間程度見学をしてもらいながら、タイムスケジュールや活動内容、支援の中で大切にしていること等を中心に説明をしている。利用者の特性を考慮し、スムーズレンや選択の活動、給食内容等、リーフレットに書かれていることを、その場に行き見てもらいながら説明している。利用者が足を止めることが多い場所ではより丁寧に説明するようにしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「リーフレットは文字が小さく写真が少なく、内容的にも利用者にとってわかりづらいのではないか」「法人の広報誌に当事業所の情報掲載が少ないのではないか」と事業所内で検討課題にあげられている。情報の受け手は特別支援学校の保護者や関係機関を想定しているが、利用者本人が目にして関心が寄せられるものと考えている。利用者の特性を捉え、利用者本人にとってわかりやすいものとなるよう改善を期待する。</li> <li>・見学時はリーフレットを活用して説明しているが、タイムスケジュールや活動内容などは口頭で説明している。入所後の生活の全体像が利用者本人にもわかりやすい「入所のしおり」等の作成を期待する。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。		評価
判断基準	a) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	b
	b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもと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) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)47.6% b)42.9% c)4.8% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・見学時には健康や生活状況等を記入する「フェイスシート」と「利用申立書」を渡し、利用希望の場合は提出してもらおう。記入についての問い合わせは電話等で随時受け付けている。</li> <li>・利用内定となった場合は、家庭訪問して家庭での様子を確認しながら、本人の特性に合った支援が開始できるよう利用者の状況を把握する。その上で利用開始の面談で「重要事項説明書」を用いて、管理者、サービス管理責任者がサービス内容や利用にあたってのルール等を説明している。利用者本人にもわかりやすいよう、再度活動場面や場所を見てもらいながら説明している。</li> <li>・契約は自動更新となっているが、年度末に利用者全員の「フェイスシート」について変化がないか、面談等で確認している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「フェイスシート」について変更の有無を確認したことの記載が不明確であること、「フェイスシート」の活用についての手順書が未整備であり検討を期待する。契約は特に何もなければ自動更新となっている。年度により事業所の方針や内容に変更もあるため、改めて年度ごとに説明をし契約の意思確認をされることを期待する。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮している。	b
	b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.1% b)47.6% c)9.5% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・グループ・ホームへの移行のため1名の退所と他の入所支援事業所からの入所があった。支援の継続性を配慮し、見学、体験利用、そしてケア会議を行い、時間をかけ丁寧に取り組んでいる。ケア会議等は利用者状況に応じて、必要な専門職や担当者が複数で参加している。生活や支援における配慮事項が記載されている個別支援計画書やアセスメントシート等の書類等も引き継いでいる。</li> <li>・日中の生活介護事業は法人内他事業所に移行した利用者が9名おり、同様に体験やケア会議等を行い継続した支援が行えるようにしている。</li> <li>・アフターフォローについては、グループ・ホーム、生活介護事業ともに法人内事業所であったため情報共有しやすく、また職員会議等で随時状況を確認して対応している。</li> <li>・日中、他の生活介護事業所を利用している方については、個別支援計画の共有や日々の状況について電子会議やスカイプを利用してタイムリーな情報交換を行い、夜間と日中の支援が継続して行えるようにしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・継続性に配慮した支援が行われているが、移行やアフターフォローについての手順書は文書化されていない。利用者の高齢化による施設利用の変更、地域生活移行への取り組み等今後移行や変更の件数の増加も予想される。誰が担当しても支援の継続が行われるよう、移行およびアフターフォローについての手順書作成を期待する。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)19.0% b)61.9% c)14.3% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・平成29年度から利用者(家族)満足度調査を年1回実施している。調査集計から浮かび上がった課題は責任者会議で共有して課題ごとに担当者や委員会に割り振り改善案を検討する。改善案は職員会議で検討し次年度の事業計画に載せて取り組み、職員会議で進捗状況を確認していく。次年度の計画を待たなくても改善できることは取り組み、年度末の家族会で調査集計結果とともに報告している。家族会に参加できなかった利用者家族には、お便りで伝えるようにしている。利用者満足度調査については、管理者が担当し調査集計や課題の分析等を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者満足度調査の結果を次年度の事業計画に反映させ取り組み進捗状況を確認するPDCAサイクルにはまだ着手したばかりで、結果が出るに至っていない。引き続き利用者満足の上昇に向けた取り組みに努めることを期待する。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		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>■ 職員の自己評価の結果は、a)23.8% b)57.1% c)19.0% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重要事項説明書に、当事業所における苦情受付担当者、解決責任者、第三者委員の氏名・連絡先、自治体、運営適正化委員会や、知的障害福祉協会人権倫理委員会の連絡先が明記されている。事業所玄関に苦情解決制度の掲示、意見箱の設置を行っている。今年度は第三者委員を、これまでの学識者2名に加え、より身近な委員として地域住民2名に依頼し、4名体制になっている。第三者委員には、施設見学や内部の様子を確認してもらっている。また、家族会で苦情解決についての理解深めてもらえよう、制度の説明をし新しい第三者委員を紹介している。</li> <li>・苦情を把握した際は、「意見・苦情・要望発生処理報告書」に記載し、職員間で話し合い直ぐに対応し、申立者に対応の過程を説明する方針を持っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第三者委員に地域住民を2名加え、施設見学と利用者家族との顔合わせを行い、苦情解決の体制を強化しているものの、第三者委員と利用者との関係づくりは十分とはいえない。利用者等が意見を述べやすいよう関係づくりを期待する。</li> <li>・苦情の報告は家族会に留まっている。社会福祉法人にはより透明性の高さが求められており、その一環として苦情解決状況について事業報告書やホームページでの公表が求められている。当事業所においても公表の取り組みを進めることを期待する。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		評価
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者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方法や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、方法や相手を選択できない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)28.6% b)38.1% c)23.8% 無回答)9.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員以外の第三者に相談したり、意見箱を設置し無記名の署名で伝えられることを、家族会で説明している。</li> <li>・家庭訪問や面談、家族会や帰省時の家庭連絡表、利用者調査等、相談や意見を述べる機会を積極的に用意している。今年度は家族会でトイレの衛生管理、暑さ対策について意見があり、改修とエアコン設置を行った。</li> <li>・言葉で伝えることが難しい利用者が多いが、相談室や職員室前につろげる空間を用意し、利用者が相談しやすい環境を用意している。また、不安定な行動で相談を伝えようとする利用者には、居室でゆっくり話を聞くようにしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族は職員や第三者委員、自治体等外部の機関等、意見を述べたり相談できる場があるが、利用者自身は言葉での表出が難しいこともあり、事業所内職員にとどまっている。事業所職員以外の人との交流の機会を増やす等、意見や相談を伝えることができる相手の選択肢を広げられるような工夫を期待する。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。		評価
判断基準	a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	b
	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。	
	c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)19.0% b)57.1% c)14.3% 無回答)9.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・苦情にかかわらず、意見や提案はサービス改善に繋がるとして積極的に把握する方針である。定期の家庭訪問や面談、家族会や帰省時の家庭連絡表、利用者調査など、利用者の代弁者として家族からの意見を把握する機会を複数用意している。利用者等からの意見は班会議、職員会議で共有、対応を検討する。迅速な対応が必要な場合は、サービス管理責任者や管理者に直接相談し対応している。対応についての手順書も兼ねている「意見・苦情・要望発生処理報告書」に記録しながら対応している。報告書はパソコンで管理し、対応について管理者からコメントを載せ職員全体で共有している。また、家族会で意見内容や対応について報告している。</p> <p>■ 改善課題                      ・苦情に限らず、事業所への提案・意見をどのように支援に反映させるのかの過程を利用者・家族に伝える必要がある。                      ・利用者本意の視点から、言語表現が難しい利用者本人から意見を引き出すことが不十分であると、事業所は課題認識を持っている。写真やカードでの選択や交換、活動メニューの選択等、意思を伝える場面や表出した意思が実現する機会を増やしている。それらの機会が、利用者が意見を述べやすい体制づくりに関連していることを意識し取り組んでいくことを期待する。</p>	

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。		評価
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>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.1% b)57.1% c)0.0% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・事業所のリスクマネジメント・防災委員会は、法人内のリスクマネジメント委員会から情報を得て、安心・安全についての取り組みを行っている。                      ・事故やヒヤリハットが発生した場合、発見した人は「事故発生処理報告書」「ヒヤリハット発生処理報告書」を記録し、その日のうちにパソコン上にあげることになっている。サービス管理責任者と管理者は、その報告書を見て、発生原因の分析や対応が不十分な場合は、原因分析のやり直し等即座に助言している。原因の除去はできるものはその日のうちに対応し翌日の朝礼で職員全体に周知徹底している。朝礼に参加できなかった人は申し送りの記録で確認できるようにしている。発生の1カ月後には状況を確認し必要に応じて再度対策を立てている。                      ・「事故発生処理報告書」「ヒヤリハット発生処理報告書」の集計から事故等が起こりやすい時間帯や場所、人について確認し、対応策について責任者会議で検討し班会議で周知している。                      ・今年度の事業計画では毎月10件以上のヒヤリハット報告を目標に掲げ、朝礼で報告するようにしている。</p> <p>■ 改善課題                      ・「事故発生処理報告書」等は第一段階として発生状況、実施処置内容、発生原因までを報告者が記入し責任者に提出することになっている。発生原因の分析が不十分な場合、責任者から報告者への助言・指導はあるが、集団の討議を踏まえていないため、多角的な視点で原因分析を行うことが難しい。職員が集団的な論議の中で要因分析の力量を身につけていけるような取り組みも必要であろう。                      ・事業計画で月10件以上のヒヤリハット報告を目標にあげているが、ヒヤリハットより事故報告数が多く、職員のヒヤリハットへの気づきが少ない。管理者が支援記録を精査するとヒヤリハットに該当する内容があり、ヒヤリハットへの気づきを促すことを今後の課題にしている。</p>	

Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全の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。	b
	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>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)38.1% c)0.0% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症については、看護師が中心になり予防対策を行っている。玄関、食堂、トイレ、洗面所に消毒液を用意し、感染予防を行っている。</li> <li>・感染症、てんかん、食中毒、嘔吐処理等の対応マニュアルを看護師が作成している。それらのマニュアルは医務室の見える所に管理されている。</li> <li>・熱中症予防や感染症対策のための手洗いの強化等、必要に応じ朝礼や終礼で職員全体に伝えている。また、感染症マニュアルを使用して職員、家族向け勉強会を実施している。</li> <li>・看護師が24時間電話を携帯しており、夜間の緊急対応等指示をしたり、駆けつけるようになっている。</li> <li>・マニュアルは年度ごとに確認・更新するようにしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・嘔吐処理のキットはあるが、キットを使った職員研修は未実施のため実施することを期待する。またマニュアルは必要に応じて更新しているが、更新日が記載されていないので改善が求められる。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		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>■ 職員の自己評価の結果は、a)23.8% b)71.4% c)0.0% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人のリスクマネジメント委員会の指針に準じ、事業所ごとのBCP(事業継続計画)の策定に取り組んでいる。法人本部の協力のもと、食料、水、介護用品を3日間分の備蓄し、被災箇所を想定し戸外と建物内の2カ所に常備している。備蓄は担当者が定期的に確認し、また、緊急連絡先や利用者の常備薬等持ち出し品の確認を行っている。</li> <li>・避難訓練は、火災を想定して毎月行っている。夜間の避難訓練を行ったが、災害時における職員の参集方法や所要時間、利用者家族への連絡や引き取りの方法、利用者が帰省している時の安否確認の方法等については、さらなる取り組みの必要性があるとしている。</li> <li>・地域住民・近隣事業所と協同で、消防や防災用炊き出しなどの訓練を行い、緊急時の対応について意見交換を行った。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人のBCPは作成され、当事業所でBCPを担当者が中心となって策定し、事業所内で回覧したが、見直しなどは今後の課題である。職員にとってわかりやすく、実践できるようなBCPになることを課題とし、職員一人ひとりが危機意識を持って取り組むことを期待する。</li> </ul>	

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

#### Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。		評価
判断基準	a) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。	b
	b) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)47.6% b)42.9% c)4.8% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・サービス提供の標準化のため、次の様なマニュアルを作成している。夜勤の流れ、勤務帯による流れ役割分担、業務分担、不審者対応、救急時ヒヤリハット、事故報告、苦情、入浴支援のプロセス、食事支援のプロセス、個別に配慮の必要な人への業務手順、余暇担当、休日余暇の援助計画の作成、感染症、てんかん、食中毒、嘔吐の掃除、保育士実習受け入れ、ボランティア受け入れ、防災など、それらのマニュアルはパソコン上で共有している。</p> <p>■ 改善課題                      ・個別支援計画の作成手順、見学やサービス利用開始時の説明の手順に関するマニュアル化が求められる。マニュアルの管理担当者を決め、必要とされるマニュアルを洗い出し作成に着手されることを期待する。                      ・マニュアルはパソコン上の共有が中心のため、パソコンにアクセス出来ない嘱託職員に対する共有が難しくなっている。例えば、書面のファイルも併せて整備し、誰もがいつでも確認できるような工夫を期待する。</p>	

Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。		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、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・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、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。	
	c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)57.1% c)0.0% 無回答)9.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・「感染症マニュアル」は法人の委員会で見直しを指示され定期的に見直しを行っている。その他は各マニュアルの領域の担当者が見直し提案、年度初めに責任者会議で見直すことになっている。マニュアル全体の担当者はいないため、今までにないもので必要になった時には、気がつく職員がいれば随時提案することになっているが、確実に見直しを行う仕組みにはなっていない。職員の自主性に任せられている。</p> <p>■ 改善課題                      ・各マニュアルについて、だれが、いつ見直し、どの会議で提案確認するのか口頭では理解されているが、文書では決められていない。常に支援との整合性を図れるよう、確実な見直しが求められる。改善を期待する。</p>	

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な個別支援計画を適切に策定している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。	b
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。	
c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立していない。		
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)52.4% b)42.9% c)4.8% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者全員に個別支援計画策定のためアセスメントを実施している。アセスメントのための情報は、利用者家族、日中活動事業所から情報を得たり、日々の事業所内での様子から得ている。法人内の複数事業所で研究した共有のアセスメントツールを使用している。食事、整容、更衣、排泄、移乗、移動、コミュニケーション、社会認知の項目がある。アセスメントシートのチェックおよび記入については「アセスメントマニュアル」があり、マニュアルに基づいてアセスメントを実施している。介助の必要度が数値化され、取り組みによる変化が確認しやすいようにしている。その他気になる様子は特記して、支援において配慮するようにしている。アセスメント項目は一部支援区分認定項目を活用し、認定調査時に状況説明ができるようにしている。</li> <li>・支援計画は利用者本人の要望に基づいて作成する。職員に伝えられる人は伝えてもらう。伝えられない人は状況から汲み取る。さらに「今後の支援に関する要望書」を利用者家族に記入してもらい、反映させている。その際、できるだけ家庭訪問を行うようにしている。</li> <li>・要望とアセスメント情報とを関連させ支援計画を作成する。担当者が起案し、班会議で検討し、サービス管理責任者が確認する。職員は2～4名の利用者を担当している。</li> <li>・アセスメントシートの変更により、利用者状況がわかりやすくなり、支援計画が作成しやすくなった。より利用者の状況を理解できるよう、現在も他のアセスメントシートを検討している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・丁寧に利用者の状況を確認し個別支援計画を作成している、現在実施している流れを、言語化文書化し、誰もが取り組める工夫を期待する。</li> <li>・アセスメントは、支援職員が担当し、専門職に確認すべき事項については意見を求めている。その分野は、食事、栄養面、嚥下等の状態やリスク、である。専門職は、支援計画作成時のカンファレンスには参加せず、情報提供に留まる。アセスメントとニーズの明確化において、専門職の参加、その必要性について検討を期待する。</li> </ul>	

Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画について、実施状況の評価と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) 個別支援計画について、実施状況の評価と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) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画に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>■ 職員の自己評価の結果は、a)47.6% b)47.6% c)4.8% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画は生活全般の支援計画のため、食事、排泄、入浴、医療、日中活動等提供するサービスごとに分野を決めて計画を立てており、5～6の項目数になっている。</li> <li>・9月と2月には計画全体のモニタリングを行い、4半期ごとに、項目を決めて改善に向けた取り組みとして、中間モニタリングで進捗状況を確認している。担当が見直したものに基き班会議で検討し、サービス管理責任者が精査し、責任者が確認する。必要に応じモニタリングの時期を待たずに計画変更を行うこともある。担当者が提案し、班会議で検討された後、サービス管理責任者に提案される。</li> <li>・個別支援計画作成において必要な場合は、看護師や栄養士の助言を求めた上で原案を作成している。また必要に応じて班会議に参加する場合もある。</li> <li>・作成した個別支援計画は、毎月の家族会や土日の帰省等家族と顔を合わせる時に担当職員から説明し了承を得ている。直接の顔合わせが難しい利用者は、帰省時に持ち帰ったり、郵送して文書を確認してもらう。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価で肯定率は高くない。管理者は、家族への説明が全員に行き渡っていないこと、個別支援計画に基づく支援が十分に行われていないこと、書類作成に時間がとられることが要因ではないかとしている。確実性を期した取り組みを期待する。</li> </ul>	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	b
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が記録されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)42.9% b)52.4% c)4.8% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画に基づいて統一した支援を行うために、個別の支援書を作成している。支援書は事務室に置き常に見られるようにしている。また、日中や夜間の気になる様子は次の時間帯の職員に引き継ぐために、職員ノートに記録し、引き継いでいる。</li> <li>・食事、排泄、睡眠、日中活動、情緒等の日々の記録は、担当者および関わった職員がパソコンで入力している。記録は生活面と作業・活動面に大きく2つに振り分けられ、そこから個別支援計画の課題と関連させて担当者が月のまとめを行い、翌月の取り組みを班会議で確認している。月のまとめ、中間モニタリングを記録するようになり、支援の進捗状況がわかりやすくなった。記録のIT化により、正規職員なら誰でも利用者の状況が閲覧しやすくなった。</li> <li>・嘱託職員はパソコン内の記録を見ることはできないが、夜勤日誌を確認したり朝のミーティングで確認している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価の肯定率は高くない。管理者は、記録の時間が取れないことを要因にあげているが、記録入力ソフトが変更になり、記録の行いやすさが見通せたので、徐々に改善するのではないかとみている。</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の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。	a
	b) 利用者に関する記録の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の管理について規程が定められていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)61.9% b)33.3% c)0.0% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の個人情報の取扱に関して法人のプライバシーポリシーに沿い、利用者の個人情報の利用目的・利用範囲を定めた文書で説明し、家族の同意を得ている。</li> <li>・記録に関する責任者は管理者と定められており、利用者・家族に関する記録は鍵付き書庫で適切に保管している。フェイスシート、アセスメント票、個別支援計画書、モニタリング書、日中他事業所に通う人はその事業所の個別支援計画書等が個人ファイルに綴られ、鍵の就いた書庫に保管されている。記録のIT化によりパソコンでの記録管理が中心になっているが、パソコン内の記録はパスワードを付与された職員のみが閲覧できるようになっている。</li> <li>・サービス担当者会議や事例検討会等で事業所外に個別ファイルを持ち出す際は管理者の許可を得る。職員には入職時に離職後も守秘義務を課す契約書を交わし、個人情報の漏洩に留意している。</li> <li>・個人情報の開示請求や破棄の方法は、個人情報保護規定で定めている。</li> </ul>	

## IV 具体的なサービス内容

### IV-1 利用者の尊重と権利擁護

#### IV-1-(1) 自己決定の尊重

IV-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	b
	b) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)61.9% c)4.8% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日中活動の組み立て方を利用者本人を主体に編成し、午後の活動は「スペシャルニーズ」と称し、選択肢のある活動としている。この取り組みにも見られるように、利用者の自己決定を尊重する取り組み、選択することでの利用者の意向の育成を強調することに力を入れている。</li> <li>・一人ひとりの嗜好の尊重として、リネン類の画一化を廃し、色や柄を選べるようにしている。利用者はこれによって自分の物という意識が育ってきていると事業所は捉えており、利用者個々の主体性を育てる取り組みとなっている。</li> <li>・利用者の権利擁護については、全職員が基本として毎年研修を受ける機会が設けられている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>利用者が自己決定し得るためには、まずは利用者個々についての確かなアセスメントを実施し、個々についての嗜好・特性等を把握することが基本になる。そこから多様な対策を用意し、利用者が選択できる環境を整えることまでが支援者には求められている。このことが合理的配慮の取り組みとして大事なポイントである。この合理的配慮を含め、自己決定を尊重するとはどのような取り組みであるかを職員研修等で検討していくことが今後期待される。</p>	

#### IV-1-(2) 権利侵害の防止

IV-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	C
	b) -	
	c) 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)4.8% c)38.1% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の権利侵害に対しては、「利用者の権利擁護のためのガイドブック」の周知・推進に向け、毎年法人および事業所での研修を実施している。虐待通報手順は明記している。</li> <li>・権利侵害防止については、事例を出して班会議で話し合いを行い、対策について話し合い記録に残している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的に「何を虐待と見なすのか」については、例えばミトン手袋の装用も虐待であるという理解が周知し切れていない等の課題があり、さらに研修等での理解の徹底が期待される。</li> <li>・会議での周知については交替制勤務のため常に全員が揃うことがなく、そのため決定事項等が徹底しづらい課題がある。そのことを踏まえた上での、周知方法の工夫が期待される。</li> </ul>	

#### IV-2 生活支援

##### IV-1-(1) 支援の基本

IV-1-(2)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	b
	b) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)42.9% b)57.1% c)0.0% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、支援の基本3本柱として自立・尊厳・ハビリテーションを掲げ、そこに依拠した研修も毎年実施している。その認識のもと、これまでの事業所の利用者支援は「お世話型」であり、これからは「見守りや必要な場面での支援や声かけ」に転換していく必要があると捉え直すようになった。その方向性の転換により、日中活動は利用者の選択を多く取り入れるシステムに大幅変更するなど、利用者の自律・自立に配慮した支援に取り組んでいる。</li> <li>・個別支援計画は、本人のニーズを踏まえ、「本人の役割」「支援内容(内容・留意点)」を明記することで自律・自立に配慮した支援を実現出来るように工夫している。</li> <li>・自律・自立生活のための動機づけとして、利用者がグループホーム移行することを念頭に、施設内の「来活訓練室」を活用して、取り組み始めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活関連サービス、例えば外出時や整容にどのような支援が必要かが検討され、具体的なサービスを見出ししていく等々の取り組みが職員の間で意識化されることが利用者の自律・自立生活を進めていくことにつながる。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

IV-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	b
	b) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)66.7% c)0.0% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、コミュニケーションを考える上で「どこが利用者と同じ合えないネックか」という視点を重視し、支援に取り組んでいる。その視点から、一人の利用者とのコミュニケーションの取り方についても、その時々状況を把握し、変化に合わせて工夫することを心がけている。</li> <li>・言葉によるコミュニケーションの困難な利用者が多いが、そのような場合に視覚ツールを工夫してコミュニケーションの円滑化を図っている。</li> <li>・スケジュールやイラストであったり写真が有効な場合もあり、利用者個人に応じた大きさも配慮したりしながら使用している。</li> <li>・利用者から、お茶カードなどを持って職員のところに来るようになっており、要求伝達手段のコミュニケーションツールとしても生かされるようになってきている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>コミュニケーション上の重要な視点として、理解することと同時に意思の伝達がある。そのためには、本人に選択してもらう方法が一般的であり、当事業所でもその方法をできるだけ活用している。しかし、利用者のこれまでの生活経験の中で、選択してその結果プラスの体験につながる経験は、さほど多くなく、利用者の選択の意味が育ち難い。今後はその状況を踏まえた上での取り組みを期待する。</p>	

IV-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	b
	b) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)28.6% b)66.7% c)4.8% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談のしやすさを意識し、利用者職員が気楽に話せる場を意図的につくっている。居室は無論のこととして、玄関前のウッドデッキ、ロビー、多目的室、テイルームなど、思い思いにいられる場所を設けている。職員が気軽に傍に座れることのできる環境づくりであり、個別に利用者に関わることが増えてきている。</li> <li>・その関わりの場では、視覚情報やボディーランゲージ等も交えながら意思疎通を図るように工夫しており、本人が何を伝えようとしているのかの視点をしっかり持つように努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・そもそも、利用者との相談をすることのイメージが職員には持ちづらく、職員自己評価の中でも「対応の弱いところ」と自覚している。お世話型から脱却し、本人の意思を尊重して支援することに方針変更したところでもあり、これから一層、利用者との相談活動が工夫され、進展することを期待する。</li> <li>・利用者の意向把握については、直接本人と関わった時に随時把握に努めており、その上で支援員、サービス管理責任者、看護師、栄養士等々と日常的に情報交換・意見交換をしている。しかし、職員自己評価では、利用者の意思の尊重に努めているが職員の肯定率は低い。職員が利用者の意思を尊重できていると納得しうる取り組みの工夫が必要であり、今後に期待する。</li> </ul>	

IV-2-1-4 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	b
	b) 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)57.1% c)4.8% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日中活動については、今年度下半期から大幅に変更し、午後の時間(スペシャルニーズ)は利用者が選択参加できる活動時間とした。活動のメニューも散策・個別外出・余暇探求支援・わくわくシネマなど8種類ほど用意され、原則利用者がそのつど選択して決めることになっている。</li> <li>・利用支援に当たっては、「本人の主たる要望」を踏まえて作成されている個別支援計画に則り、休日の余暇活動等も実践している。</li> <li>・今年度、館内にWi-Fiを設置したことで、利用者はどこでもYouTubeを見ることができたり、ゲームができる環境を整えた。</li> <li>・行事についても、全員で同じ場所に出かけるのではなく、利用者のニーズに応じた場所や活動内容にし、グループごとに出かけるように変更した。</li> <li>・個別支援計画では実施することはすべて項目化して掲げることになっている。その中には「生活」の位置づけで日中活動についても具体的に記載されている。この見直しについては、毎月、4半期ごとの見直し、そして半期のモニタリングの機会に、検討および見直しを行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・プログラムの多様化や環境整備などに努め、個別支援計画に基づいた支援が実施しやすいように工夫しているが、職員の肯定率は低い。職員自己評価では、人手不足を要因としてあげている意見が複数あるが、そのために思うように実施できていないのかどうか分析が必要と思われる。職員の姿勢にも関わることであり、十分な検討を期待する。</li> </ul>	

IV-2-1-5 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	b
	b) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)47.6% b)52.4% c)0.0% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の生活状況や障害による行動については、職員間の引き継ぎ、看護師や栄養士からの申し送りで支援方法について共有している。このほか、法人内他事業所の生活介護等を利用している利用者については、情報提供を受けて、職員間で共有している。</li> <li>・行動障害への対応としては、県で定められた強度行動障害研修に参加しており、現在、半数程度が受講している。今後も全職員が受講することを目標としている。この学びから支援方法を学び、虐待や権利侵害にならないように配慮している。</li> <li>・利用者間関係については、食堂・デイルーム・居室等で複数の利用者が居合わせる場所では隣り合わないようとか、視線が合わないようにする等の配慮を行うことで対応している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害についての研修で知識を得ることと合わせて、個々人の障害に応じた具体的な支援書が作られている。これらにより、障害に応じた適切な支援が可能となっている。これらの取り組みはあるものの障害の状況をどこまで理解しているかとの見極めと、それに基づいた支援の実際が適切であるかどうかについては、尚見直していく必要があり、検討を期待する。</li> </ul>	

#### IV-2-(2) 日常的な生活支援

IV-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a
	b) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)61.9% b)38.1% c)0.0% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画には、生活・入浴・医療・帰省・栄養等の項目の構成で、支援すべき事項が具体的に記載されている。さらに、個別の支援書が作成され、統一した支援ができるように整えられている。</li> <li>・食事の支援では、年に3回嗜好調査を実施し、残食調査でもなっている。また、月1回の行事食では、季節感があり、見た目にも楽しくなる献立を用意している。</li> <li>・当事業所では、全員の摂食嚥下評価を年2回実施している。これによってアレルギーの確認や食形態を調整し、利用者が安心して食事ができるようにしている。</li> <li>・入浴は基本的に毎日実施している。体調、てんかん発作等によって入浴から清拭に変更になることもあるが、それらは看護師の確認と指示によっている。</li> <li>・排泄については、必要な利用者は排泄表を作成し、適切な誘導や支援ができるようにしている。定時誘導に関しては活動の前後に行うよう配慮している。</li> <li>・移動・移乗については支援書に沿って支援方法を周知するようにしている。階段がおぼつかなくなっている利用者は階下での生活ができるように調整するなどし、歩行でのつまずきなども注意するようにしている。</li> </ul> <p>・なお、個別支援計画に基づく生活支援の実施は、支援の内容を全職員が共有し、実施に伴う技術の確実性が求められる。支援の振り返りとその充実を期待する。</p>	

#### IV-2-(3) 生活環境

IV-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。		評価
判断基準	a) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	b
	b) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されているが、十分ではない。	
	c) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)52.4% c)9.5% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食堂の室内環境は明るく、テーブルカバーもさまざまで、楽しく柔らかな印象が醸し出されている。</li> <li>・利用者がくつろげる場所が増えている。玄関前のウッドデッキやロビーなどは、利用者がいられるよう積極的に整備している。</li> <li>・利用者が夜間眠れなかったときなど、同室の利用者への配慮もあり、別室を準備している。専用の部屋があるわけではないが、日中にはテレビ室になっているくつろぎの居間を活用している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・古い建物であることは否めないとして、清潔に安心して日々利用できるように整備することは必要である。居室の扉や廊下の貼付物については一部整備されていない箇所も見受けられる。環境面については職員の安全点検表等の管理を再確認する必要があり、十分対処されるよう期待する。</li> <li>・トイレの清掃は1日2回、勤務担当者を決めて実施している。それ以外でも、気づいたら清掃することになっており、そうした取り組みの努力がうかがえる。しかしそれでも汚れた状態が散見され、さらなる取り組みの工夫が求められる。</li> </ul>	

IV-2-(4) 機能訓練・生活訓練

IV-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	b
	b) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)23.8% b)61.9% c)9.5% 無回答)4.8% であった。</p>	
	<p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日々の生活のなかでは、歩行を中心に機能訓練・生活訓練の実践としている。単に訓練として歩くことは困難であり、例えば薬の台車を押す手伝いを担ってもらい、結果として歩行訓練になったというような取り組みを実施している。</li> <li>・午前中の作業で、歩いて作業場まで行くことも歩行訓練となっているが、歩いて移動できる利用者は徐々に減少してきている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <p>利用者の高齢化が進み、同時に機能面に課題のある利用者も増えているため、作業療法士や理学療法士からの助言がほしいところである。また、生活場면을工夫した機能訓練の可能性などについても具体的に検討することで、職員の取り組み方においても具体的な指針が得られることになる。そのようなアプローチが進むことを期待する。</p>	

#### IV-2-(5) 健康管理・医療的な支援

IV-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a
	b) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)61.9% b)33.3% c)0.0% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健康管理は看護師の管理の下で行われている。看護師は基本的に生活介護のある日中の時間帯に勤務している。夜間は必要に応じて電話での相談・指示を行っている。月に半分くらいは現場から電話がかかってくるが「遠慮せずに連絡してくるよう」と看護師は職員に伝えている。その気遣いもあって、夜勤職員は安心して利用者の支援を実施できていると、管理者は捉えている。</li> <li>・通院は看護師の指示で実施しているが、必要に応じて看護師が同行する。そのことで、状態をきちんと医師に伝えることができ、同時に医師の指示を正確に捉え、処置等を行うことができている。</li> <li>・健康管理面では、毎月1回体重測定を実施し、その結果は栄養マネジメントにも生かされている。また健康診断は年2回実施している。この結果は嘱託医に見てもらい、家族にも報告している。</li> <li>・通院に際しては、医療機関が利用者特性を理解してくれており、負担のないような診療ができており、適切に医療機関との連携を築いている。</li> <li>・健康管理のための職員研修は、単に知識レベルに留まるのではなく、看護師が実技指導を行っている。エピペン、吐瀉物の始末の仕方等々である。このような研修は、少人数でできるように班会議で実施し、実効性を挙げられるようにしている。</li> </ul>	

IV-2-(5)-② 医療的な支援が必要な手順と安全管理体制のもとに提供されている。		評価
判断基準	a) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	b
	b) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されているが、十分ではない。	
	c) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)52.4% b)47.6% c)0.0% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在、当事業所には医療的ケアを必要とする利用者は、導尿・ストーマ造設者が1名いる。導尿は看護師の業務であるが、ストーマ装具の交換は支援員が実施可能である。現に、看護師は24時間365日勤務しているわけではないので、支援員が手技をマスターし、実施できなくてはならない。これは班会議で検討し、関係する職員全員が手技をマスターするようにしている。</li> <li>・アレルギーの処置についても、エピペンの使い方は、班会議で実地学習して実施している。</li> <li>・夜間対応等看護師がいないときの対応や処置については、日常的な事柄は個別の支援書によって対応し、突発的な事柄はあらかじめ看護師からの申し送りを丁寧に行うことで、安全に実施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>・医療的なケアが必要な利用者に対しての支援については、現在1名について実施している。今後利用者の高齢化や重度化等によって、この人数は増加していくことが想定される。看護師は現状では1名の配置であり、夜間は不在である。現状では女性の医療ケア対象者がいないため、女子職員は医療ケアの手技は学んでいない。この状況では、より一層の手順の明確化と安全対策の構築が必要となる。併せて、医療職(看護師)の配置の妥当性についての早急な見直しが必要と考えられる。検討を期待する。</li> </ul>	

#### IV-2-(6) 社会参加・学習支援

IV-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の希望を意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
	b) 利用者の希望を意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望を意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)23.8% b)61.9% c)14.3% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・言語によるコミュニケーションが可能な利用者はSSTを実施し、社会生活のルールやマナーなどを学んでいる。                      ・外出し、その際に金銭授受の学習にも取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題                      ・重度の利用者がほとんどを占める当事業所では、利用者の社会参加意識を見いだすことがむしろ難しい。今後意思疎通支援等の観点からも、本人達の希望が位置付き、ニーズとして表現できるような支援から取り組んでいくことが必要となっている。今後の取り組みに期待する。                      ・利用者が望む社会参加や学習についての具体的なイメージを職員がどれだけ持ちうるかが、大きな鍵になる。例えば習字・絵を描く等の芸術活動や、和太鼓などの音楽活動等々日常の中で本人が好みそうな活動をアセスメントすることが基本になる。その具体的な取り組みを期待する。</p>	

#### IV-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

IV-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	b
	b) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)38.1% b)57.1% c)0.0% 無回答)4.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・当事業所として、地域移行とはグループホームへの移行として捉えている。これまでもグループホームに移行していった人たちはいるが、現在の入所者では、地域移行を現実的に検討する対象者は1名程度である。                      ・現在はグループホームでの体験利用を実施している。</p> <p>■ 改善課題                      ・当事業所では、利用者の地域移行のためには重度者のためのグループホームが必要と考えており、それが無い現状としては、施設のユニット化を検討することが現実的と考えている。そのような取り組みが、今必要とされている。早急の実施することを期待する。                      ・地域生活への移行については、グループホームのみと限定せず、施設外事業所への通所や地域町会活動への参加等も併せて検討していくことが実際には必要ではないか。現在取り組みを始めているところから、地域生活の視点を持って、取り組みの方向性を構築することを期待する。</p>	

IV-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

IV-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	b
	b) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)57.1% b)42.9% c)0.0% 無回答)0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、月1回、家族会を行っている。その機会に懇談をしたり施設での取り組みを紹介・説明している。</li> <li>・一時帰省する利用者は少なくなく、家庭連絡帳を用意している。その活用で情報交換などを行っている。</li> <li>・家族からの相談は家族会時に一般相談の他、看護師が参加することで医療面の相談に応じている。</li> <li>・緊急時には電話連絡等で、速やかに家族に連絡をするようにしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、家族と利用者個人の連携については、丁寧に実施している様子が伺える。また、事業所の方針などについても、家族への報告ができています。今後は、さらに家族との連携を進めていく必要がある。</li> <li>・現在、当事業所では施設のユニット化が大きなテーマとなっており、今年度事業計画にも掲げられている。このような課題については、ぜひ家族と協力しながらつくり上げていく方向性がほしい。検討を期待する。</li> </ul>	