

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：就労継続支援B型 クラシス	種別：就労継続支援B型	
代表者：久保 巨人	定員：20名	
所在地：岡山県倉敷市上東827-7		
電話：086-463-1366	ホームページ： https://www.cumre.or.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：2008（平成20）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：6名	非常勤職員：2名
専門職員	社会福祉士：1名	
	管理栄養士：1名	
	調理師：2名	
施設・設備の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・4つの作業（事業）について3カ所で実施している ・それぞれの作業内容は下記の通りである <ul style="list-style-type: none"> ①-1 ベイクショップ ①-2 清掃・環境整備 ② カフェ ③ 洗車 	

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>

- ①利用者満足の追求、②集う人の幸せの追求、③強くしなやかな組織づくり、
- ④地域社会への貢献

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ① 複数の事業種目をそれぞれの専門的知識を持つ職員が担当し、支援に当たっている。
(例：カフェは調理師資格所有者、ケーキは管理栄養士、洗車は元ガソリンスタンド店長)
- ② 就労に耐え得る体力をつけてもらうために運動器具を設置して、活用をしている。また、これらの設備は、利用時間以外には地域に開放している。
- ③ 体力維持に関連し、事業種目を室内で着席して行う活動は中止し、戸外の環境整備などの利用者の身体を動かす活動を行っている。
- ④ 令和2（2020）年度には、利用者1名を、B型就労法人（クムレ）の直接雇用へ移行させた。それに際しては通常支援のほか、移行後の定期的な面談などアフターフォローを実施した。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2020年10月 6日（契約日）～ 2021年5月10日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（2013年）

⑥ 総 評

◇特に評価の高い点

1. 管理者は、事業運営の適切性・発展性を期して課題を明確にし、方針を掲げて、職員とともに取り組んでいる

管理者は当事業所の管理者に就任し、3年目を迎えている。民間会社からの転職であることを活かし、当事業所に改善をもたらしている。自らの役割を「経営の安定、職員および利用者ともに仕事を楽しく」と語る。職員および利用者とのコミュニケーションを大切にし、利用者の多様性・自主性に対応できる作業の開発にも取り組んでいる。さらに法人として掲げる「地域共生社会の実現」の方針を受け止め、地域貢献の推進に向かう事業を提案し、法人として近隣の民家を活用した地域貢献活動「まちのじどう家 上東商店」の推進役として、地域住民や子どもたちを巻き込んだ活動を開始している。

当事業所の作業・事業は4タイプであり、2カ所の地域に分かれて作業・事業に取り組んでいるが、管理者は、各作業・事業を担当する職員とは、事業所内グループウェアを活用し情報を適切に提供している。また、小規模事業所であるため、事業担当の職員体制が厳しいときには、管理者は積極的に現場支援に入り、そのなかで課題を発見し、改善提案を行って取り組んでいる。一方、改善に向けた方策を思いつかないときは、管理者は上司（法人職員）や専門職に助言を依頼し、取り組んでいる。職員自己評価では「管理者の方針が適切である」「適切な指導・助言が得られる」や「職員同士のコミュニケーションのよさ」があげられている。

さらなる期待として、当事業所の利用者支援の基本方針では、これまで「とにかく仕事をする職場であること」を強調して取り組んできたが、就労移行や施設外就労（法人事業所以外への就労）を目標としたとき、利用者は、職業生活遂行スキル（ソフトスキル）を身につける必要があると気づき、「就労移行のためのチェックリスト」をアセスメントシートに採用し、個別支援計画を作成している。人間としてよりよく生きることを課題とした取り組みと言え、今後の利用者の変化が期待できる。

2. 「その人らしい生活」を支援の基本方針に掲げ、仕事や生活についての選択や意思確認の場を設け、利用者を尊重する視点が明確である

当事業所は「その人らしい生活」を支援の基本方針に掲げている。利用者定員20名（現員25名）に対して、カフェ、菓子製造、洗車、清掃、環境整備、事務補助と多くの事業部門を設け、利用開始時や個別支援計画モニタリング時に「どのような仕事がしたいか」について利用者の意向を確認している。事業種目が多く、働く環境もさまざまであることから、利用者の選択の幅が広がる。そして多様な事業種目やそこで働く仲間の姿に触れることで、利用者が「自分がこうありたい」とイメージすることにもつながっている。

また、個別支援計画作成の際に確認する「今後の援助に関する要望書」では、希望する生活の場や、就労の場、10年後のありたい姿に関して利用者の意向を確認し、その実現のための手立てを話し合っている。毎年1回行われる「利用者満足度調査」では自由記載に書かれた意見・質問をすべて書き出し、その一つひとつに対して回答した書面を利用者にフィードバックしている。

さらに「人権擁護」の取り組みでは、事業所として人権を「その人らしく生活できること」と捉え、利用者一人ひとりについて「その持てる力を活かして、自立に向けた取り組みが進められているか」を月次報告で振り返っている。「その人らしい生活」を実現するために、さまざまな場面で選択の機会をつくって、利用者の意向の確認や支援の振り返りを行う場を設けている。利用者一人ひとりを尊重する視点が明確である。

◇特に改善を求められる点

1. ヒヤリハットや事故の報告について、職員間の情報共有はされているが、文書化はされていない。

サービスの質の向上の視点から文書化が求められる

リスクマネジメントについては法人の横断的な組織化によって体制が整備され、職員の研修や、発生した事故の事例検討が実施されている。当事業所では、ヒヤリハットや事故については「ヒヤリはっと処理報告書」や「事故報告書」に記載することになっているが、ヒヤリハットがあった場合は、日報や口頭で管理者およびサービス管理責任者に報告して対応を検討し、日報と月次報告により職員間で共有していて、改めての文書化はされていない。

通院が必要な事故の発生は年間に0件であり、日々の支援において安全管理が実施されている結果は見取れるが、サービスの質の向上の視点に立ち、ヒヤリハットの文書化が望まれる。

法人の「ヒヤリはっと処理報告書」には「状況把握」「要因分析」「対応策」「改善状況の確認」の流れがあり、この報告書を作成することで、PDCAが身につく様式になっている。

当事業所では各事業部門に日々の支援が任されていることから、リスクへの気づきやヒヤリハットの要因分析を多角的な視点から行うことには難しさがある。また、累積したリスクマネジメントに関する情報は、さらにヒヤリハットや事故が発生した時間、場所、関係する人などのさまざまな視点から分析することで、事業所全体のサービスの質の向上につながる改善点が見えてくることもある。

そのためには、リスクマネジメントに関する報告書は、文書化しておく必要がある。早急に文書化に取り組むことを期待する。

2. 標準的なサービスを実施するための職員の行動の指針となる標準化の取り組みを期待する

リスクに対応するマニュアルには法人作成のものがあり、活用している。感染症について、今年度は事業所独自のマニュアルを作成している。また、各事業部門の作業については、詳細な作業手順を作成している。

しかし、作業手順については、支援のために職員として配慮すべき視点や工夫についての記載が十分ではない。

当事業所では、各事業を担当する職員は1~2名で、そのなかで支援の工夫は各担当に任されており、標準化するまでもない状況にはあるが、文書化することで気づく側面もある。

また、プライバシー保護、記録の書き方、個別支援計画作成、送迎、面談、相談、関係機関との連携、退所者の引き継ぎについてなど、各事業を横断する日常業務については、現在行われている業務内容や手順、配慮する事項を文書化して「見える化」することで、自らが実践する上で大切にしていることや取り組むべき課題が確認できることもある。

職員の行動の指針となる標準化の取り組みを行うよう期待する。

3. 工賃規程については、利用者に対してわかりやすく表記されることが求められる

工賃規程について、その内容は、第1条の「目的」から「工賃の意義」「時給・日給・歩合給」「評価機関」、そして第9条の「諸帳簿」まで必要事項が掲げられ、定められている。

それらの規定のほか、別紙として「洗車」「カフェ」「ケーキ」の事業については、それぞれ規程等が定められている。役職給の定めや加算分の決めごととも記載されている。

しかし、今回の「利用者調査」の結果では、工賃について「わかりやすい」とした回答は47.1%で、「どちらともいえない」23.5%、「いいえ」17.6%であった。自由コメント欄に「工賃のしくみがよくわからない」と記載した回答者が2名いた。

工賃規程は、知的障害のある利用者にとっては難しい言葉が多く、理解し難いと思われる。利用者がより理解しやすくなるように、表記の方法などについて検討することを期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受審させていただきありがとうございました。管理者を含め、ほとんどの職員が第三者評価を初めて受審しました。事前に目的や流れを説明いただいたことで、受審に対して前向きに取り組むことができました。

職員自己評価では、さまざまな視点からの評価があり、「こんな視点が必要なのか」「この点はできていないな」などと気づきを得ることができました。

利用者調査は、当事業所でも毎年実施しているため驚くような結果ではありませんでしたが、評価が低い項目について改善していきたいと思えます。

総合的な評価結果については、指摘いただいたことなかでも「書式化」は遅れていると感じていた点です。改めて書式化の必要性、意味を理解しました。

また、利用者視点のわかりやすい資料づくりについても気づきをいただきました。

3年前の報酬改定から、就労継続支援 B 型事業は平均工賃での評価になりました。そこから平均工賃 3 万円を目指し、事業や作業を見直しながら取り組んできました。その結果、令和 2 (2020) 年度には平均工賃 3 万円の目標を達成することができました。事業所としても、平均工賃 3 万円の達成に必要な体制がぼんやり見えてきたところです。

そうしたなかで、今回の受審では、客観的にさまざまな視点から評価していただいたことで、事業所として改善点が明確になりました。これらの改善点に、職員一同、真摯に向き合い、話し合い、深めていき、改善していきます。

こうしたプロセスは職員育成になり、職員の自信にもなります。主体的に取り組める職員は利用者にとって身近な目標になると考えます。利用者、家族、職員が笑顔で生きていけるように、今後も取り組んで参ります。

⑧ 第三者評価結果

別紙「第三者評価結果」に記載している事項について公表する (p.7~38)。

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・周知されている。

【1】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。	b
	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、基本方針の明文化や職員への周知がされていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)75.0% b)25.0% 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"> ・法人として、基本理念、基本方針、行動指針を明文化してホームページや広報誌(クムレだより『ふれあい』)等に掲載している。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、地域の人々とも「ともに」という考え方を包含したものである。 ・当事業所を紹介したリーフレットは昨年度に改訂し、近隣地域に利用者と職員がポストイングしている。「『どんな重い障害があってもその人らしく生きる』を目標とし、支援体制づくりと人材(人財)育成をする」と明記している。 ・理念に基づく職員の行動指針を定め、それを実践するために『クムレ10の心得』として明文化し、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している小冊子『クムレ10の心得』のこと)を携行させている。 ・法人は、新採用時研修、年度初回の研修でも全職員対象に研修会で説明し、各種会議の際の唱和をルール化している。 ・当事業所では、4つの仕事(バイクショップ、清掃・環境整備、カフェ、洗車)に取り組み、3カ所に分散して事業を展開しているが、3カ所では毎朝、職員と利用者が合同で朝礼を実施している。その際に『クムレ10の心得』を全員で唱和している。『クムレ10の心得』は、働く者としての心得であり、それは職員も利用者も同様であるとの考えで全員での唱和が実施されている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族への周知としては、法人の広報誌の年度当初の号に理事長が「理念・基本方針に基づくメッセージ」を掲載し、配布しているにとどまる。 ・コロナ禍のため、今年度は家族会や懇談会の実施はなく、また昨年までの実施時も参加は4～5名と半数にも満たない。法人・事業所の方針を周知する機会づくりの工夫が求められる。 	

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。

【2】I-2-1-1-① 事業経営を取り巻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) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
	b) 事業経営を取り巻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) 事業経営を取り巻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)62.5% b)37.5% 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"> ・事業経営を取り巻く環境と経営状況は、理事長および法人本部が中心となって社会福祉事業全体の施策動向を把握し、執行役員会および経営会議で法人全体の方向性を決定する。 ・法人の経営のあるべき姿を検討・提示する機会である「経営品質賞」「ランクアップ認証」などに挑戦し、法人を取り巻く環境や課題について積極的に把握している。当事業所では、法人の方針に基づき、5年程度を見通して「これからのありたい姿」を定めるなかで、その実現に向けた「テーマ」や「活動内容」などを明示している。 ・県や市の示す福祉計画の内容を把握・分析し、潜在的なニーズを判断して、新規事業の取り組みを進めている。 ・当法人では「地域共生社会の実現」に向けて、経営する事業所を「倉敷」と「水島」の各エリア(拠点)に分け、それぞれの「拠点会議」で法人の方針の周知と拠点内各事業所の取り組み状況の共有に努め、拠点ごとに地域の福祉ニーズの情報収集と共有および方針決定を行う体制を整備してきている。当事業所は倉敷拠点の事業所の一つに位置づけられる。事業所の稼働率などの経営状況に関する情報は、毎月法人本部に報告し、管理者が参加する「倉敷拠点会議」などで拠点内の全事業所の状況を共有している。 ・経営状況の把握および分析は理事長と法人本部が主導し、その方針に基づき、拠点ごとのエリア(拠点会議など)で情報収集や共有を行うしくみであり、当事業所では拠点会議への参加によって、法人本部から経営状況に関する情報を入手している。 ・なお、本評価項目は、法人の役割・活動として判断した。当事業所の管理者は「拠点会議」に参加し、職員には事業所内グループウェアなどを使って報告している。当事業所では担当職員を配置し、4つの作業に取り組んでいる。①バイクショップ、②清掃・環境整備、③カフェ、④洗車であり、それらを3カ所に分散して作業(当事業所では「事業」と呼ぶ)しているため、情報共有にはグループウェアを活用している。 	

【3】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・分析に基づき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
	b) 経営環境と経営状況の把握・分析に基づき、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・分析に基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)62.5% b)37.5% 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"> ・法人では「倉敷」および「水島」の各拠点を中心となって諸事業に取り組み体制を整えている。そのなかで、平成30(2018)年度からは、各事業所の日々の業務に加え、拠点内の事業所がチームを構成し、実施する取り組みを複数のテーマに分け(倉敷拠点では「育(はぐむ)」「歩(あゆむ)」「働く(はたらく)」「暮(くらす)」「つなぐ」という5つのテーマを設定)、テーマごとに定期的に会議を開催し(「カテゴリーミーティング」と、今年度からはさらに「サブミーティング」も開催)、地域の状況に応じた事業に取り組んでいる。当事業所は、主に「働く・ミーティング」に属し、その所管する事業に参加している。 ・法人では、拠点ごとの「カテゴリーミーティング」を核とした諸事業の強化・拡充を課題とし、計画的に取り組んでいる。また、半期・四半期ごと執行役員会や経営会議において進捗状況を確認し、改善状況を把握している。 ・なお、本評価項目は、法人の役割・活動として判断した。当事業所の管理者は「拠点会議」に参加し、職員には事業所内グループウェアなどを使用して報告している。 	

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。

【4】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・長期の事業計画又は中・長期の収支計画のどちらかを策定しておらず、十分ではない。	
	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)87.5% b)12.5% 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"> ・法人として、制度改正や医療・福祉を取り巻く状況を踏まえて、中長期計画を5年ごとに作成している。、今年度から、新たに「クムレ中期経営計画2025」をスタートとさせた。この計画は、国の唱える「地域共生社会」の実現に向け、倉敷と水島の2つの拠点体制によって切れ目のない支援を提供し、国際連合が採択した持続可能な開発目標(SDGs)にもつながるものとして位置づけている。 ・法人の基本理念のもとに「地域共生社会の実現と拠点体制の構築」を目指し「多様な生きるを実現する地域づくり」などの3つの方針を掲げ、それぞれ具体的な取り組みを明示している。新規事業の取り組みも、予定を明示している。 ・中期経営計画は、年度を目安に見直している。見直す場合のしくみは、執行役員が検討し、経営会議で承認する。 ・当事業所では、法人の方針に基づき、中期経営計画に基づく事業所ごとの「これからのありたい姿」を取りまとめている。また、単年度事業計画の基本としている。 ・なお、本評価項目は、法人の役割・活動として判断した。 	

【5】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)87.5% b)12.5% 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"> ・法人の中期経営計画を踏まえて拠点ごとに事業計画を作成し、その内容を踏まえて各事業所が単年度の事業計画を策定している。 ・単年度の事業計画は、すべての事業所が「事業所の重点目標」「事業実施計画」「働きやすい職場づくり」などの共通の項目に沿って記述する。また、各項目も共通して「達成目標」「実施計画」「実施担当」等に分類して記述する形式とし、可能な限り、具体的な記述になるように法人として枠組みを定めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各事業所が作成する単年度計画の枠組みの統一によって、法人として記述内容の標準化を図り、具体的な記述内容となるよう工夫している。 ・しかし、当事業所の事業計画では、事業の実施状況や達成度の評価を行うための指標が必ずしも明確ではない。また、法人の方針である中期経営計画に基づく「地域共生社会の実現」に向けた取り組み（「カテゴリーミーティング」など）に関しては、当事業所における位置づけや関係性などが読み取りにくい。より充実した事業計画の策定に向けて取り組むことを期待する。 	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

【6】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下で策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、又は、職員の理解が十分ではない。	
	c) 事業計画が、職員等の参画の下で策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)62.5% b)37.5% 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"> ・管理者は、事業計画の策定に先立ち、常勤職員と個別面談の機会を持ち、担当する事業に関する見直しなどを聞き取っている。 ・事業計画の実施状況については、月1回、管理者がグループウェアで事業担当者から報告を受けている。そのなかで、就労会計の収支の撤回策を策定した事例がある。 ・事業計画全体の評価、まとめは年度末に実施している。職員への周知の機会は年初に設けている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業報告書では、未実施の要因が不明である。 ・事業計画における実施内容や数値目標について具体性が乏しいこと、確認の不十分さなどが影響していると考えられる。検討を期待する。 	

【7】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)50.0% b)37.5% c)12.5% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 当該年度の事業の方針等について、利用者に対しては、広報誌(クムレだより『ふれあい』)の配布を通じて周知している。また、契約時には事業所の年間の予定や行事などについて説明している。</p> <p>■ 改善課題 ・法人の広報誌の配布などによって、事業計画を利用者等に周知している。家族には、事業計画の「概要」を書面にして配布するが、概要を選択する基準などは不明確である。また、事業計画について説明する機会はない。 ・事業計画は、利用者へ提供するサービスに関する事項であるため、その主な内容の利用者・家族等に対する周知では、わかりやすい方法を工夫するなどによって、理解を促進することが求められる。 ・利用者や家族に対して事業所の行事などへの積極的な参加を促すこと、および当事業所への信頼を得る観点からも、より積極的な取り組みを行うように期待する。</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。

【8】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)50.0% b)37.5% c)0.0% 無回答)12.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人として、理念・基本方針に基づいて体制づくりに取り組み、PDCAを意識した活動を定着させている。その一つに「サービス向上委員会」の設置がある。その委員会で検討された「中期経営計画2025」の重点方針の一つに「第三者評価等を活用すること」を位置づけている。 ・「サービス向上委員会」では、法人内の全事業所における計画的な数年ごとの第三者評価の受審と、受審結果の集約と分析、さらに法人役員や職員等を対象とした評価結果の「報告会」を開催することとしている。また、各受審事業所が評価結果等に基づく改善計画を発表する機会を設けている。 ・当事業所は、平成25(2013)年度に第三者評価を受審し、今回の受審は2回目である。職員8名(常勤6名、非常勤2名)と小規模事業所であるため、それぞれの役割もわかりやすく、職員自己評価の回収率は100.0%であった。 ・支援を振り返り、サービスの質の向上への意向が職員には見受けられる。</p> <p>■ 改善課題 ・当事業所では、今回の第三者評価については「受審が初めて」という現職員がほとんどであった。第三者評価を活用したサービスの質の向上の取り組みの経験がないことも影響したためか、職員の自己評価では、他の評価項目と比較して「a」評価は低い。 ・法人のしきみを活用し、またその支援も受けつつ、今回の第三者評価の受審とその活用に職員が一丸となって向かい、サービスの質の向上のための組織的な取り組みの強化を図ることを期待する。</p>	

【9】I-4-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り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り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、組織として取り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、組織として取り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) 75.0% b) 12.5% c) 12.5% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「中期経営計画2025」に、第三者評価等を活用してサービスの質の向上に取り組むことを掲げ、サービス向上委員会の活動を通じ、各事業所に対して改善に向けた計画的な取り組みの実施を促している。 ・各事業所では、法人の方針に則って、改善に向けた取り組みを事業計画等に位置づけ、具体化している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は、3カ所に分かれて事業を実施し、職員間の意見交換は各事業ごとに行われている。必要な情報は管理者から各事業の責任者に「クラシス月次報告会」と題したグループウェアで送信される。また、検討事項は各事業内で検討し、管理者に報告している。必要性を判断した案件については、職員と直接の話し合いも実施している。一方、問題の確認、要因分析、改善策の検討の適切性を期すことを考えると、さらなる検討が求められる。 ・今回の第三者評価の受審結果等も踏まえながら、改善すべき課題の明確化を図り、その上で改善計画を策定し、内容について定期的に振り返りを行うなど、より計画的かつ継続的に改善していくことを期待する。 	

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 管理者の責任が明確にされている。

【10】II-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。	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>■ 職員の自己評価の結果は、a) 62.5% b) 25.0% c) 12.5% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者の役割は、法人の定めるキャリアパスのしくみのなかで、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。 ・管理者は当事業所の管理者に就任し3年目を迎えている。民間会社からの転職であることを活かし、当事業所に改善をもたらしている。役割は「経営の安定、職員および利用者とともに仕事を楽しく」と語る。職員や利用者とのコミュニケーションを大切にし、また利用者の多様性・自主性に対応できる作業の開発にも取り組んでいる。当事業所の利用者支援の基本方針は「ともかく仕事をする職場であること」を強調している。 ・管理者としては、法人の方針を適切に理解し、利用者支援はもとより、地域貢献の推進に向かう事業を提案し、法人として近隣の民家を活用した地域貢献活動の推進役として、活動を開始している。さらに、働きやすい職場環境づくりを進めたいとしている。 ・管理者の方針、考えなどは、法人が作成する広報誌に記載している。また、ブログに掲載することもある。 ・有事の際の対応については、法人作成の事業継続計画(BCP)において対応を明確にしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小規模な事業所であり、常勤職員が多く、事業の特性を理解した管理者の積極的な取り組みにより、本評価項目の着眼点に対する職員の評価は6割～8割と高率である。 ・今回の第三者評価の結果・コメントを参考にし、さらなる取り組み、改善を期待する。 	

【11】Ⅱ-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。	a
	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)75.0% b)12.5% c)12.5% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、これまでの業務経験や、当事業の特性を踏まえた法令などを把握・理解し、必要な研修には積極的に参加している。具体的には、食品衛生や労働環境関連の法令から、店舗における「ごみ袋の削減」などにも対策を示し、自ら取り組みながら、職員に実行させている。 ・当事業に関連する制度や報酬の改正の情報は職員に回覧している。また、必要な研修には職員に対して参加を勧め、指示を行っている。 	

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

【12】Ⅱ-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)62.5% b)37.5% 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"> ・管理者は、当事業所が小規模事業所であることから、3事業担当の職員体制が厳しい場合には、積極的に現場支援に入り、そのなかで課題を発見し、改善提案を行い、取り組んでいる。 ・一方、自らでは改善に向けた方策が思いつかないときには、上司(法人職員)や専門職に助言を依頼し、改善に取り組んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の教育・研修については、法人が定めた研修には参加しているが、現場に直結した他事業所等への外部研修・実習については未実施である。ただし「コロナ禍」が開けたあかつきには、実施したい意向がある。 ・また、当事業所内での内部研修は、職員体制上、実施できていない。しかし、必要性、課題、取り組みの工夫などについて検討することを期待する。 	

【13】Ⅱ-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)62.5% b)37.5% 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"> ・人事、労務、財務等に関しては、主に法人本部が役割を担っている。経営会議で示される財務諸表(資金収支、損益)をもとに、人件費や経費支出を管理している。また、収支差を確保するため、毎月の月次報告書を確認しながら、事務費、事業費を調整している。 ・職員配置については、職員各自の業務内容を確認し、配置や見直しに仕組み、働き方改革についても意識して取り組んでいる。 ・職員には、経営会議、拠点会議の資料を回覧し、各職員から感想を聞き、また管理者の考えも伝えている。 <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は「法人からの資料や情報については、グループウェアを通じて伝える体制はあるが、対応は十分ではない」としている。 ・職員の理解促進のための仕組みや、職員が関心を持つための仕組みについて、さらなる検討を期待する。 	

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。

【14】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、それに基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、それに基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)37.5% b)62.5% 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"> ・法人として「キャリアパスの仕組み」を整備し、職員のキャリアアップを支援する体制を整えている。そのしくみは「キャリアパス対応人事処遇制度」「キャリアアップ支援の職員研修体系」「業務目標管理評価制度」で構成され、職位に応じた役割資格の明示、キャリアアップ支援の職員研修体系、評価制度を連動させることに努めている。 ・採用活動は法人本部の人材確保対策室が担当し、ホームページによるPRや拠点ごとの職場説明会の開催、職員紹介制度などを導入している。今年度は、新型コロナウイルス感染拡大の影響があり、特に職場紹介の動画を作成するとともに、リモートによる就職イベントへの参加や採用面接を行うなど、現在の状況に適応した採用活動の実施に努めている。 ・職員の採用や異動に関しては、法人全体のなかでの調整に基づいて行われるしくみであり、エリア長が決定する。当事業所としての意見はエリア長に伝え、対応等を図っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、人材の確保と定着に関する取り組みを計画的に実施している一方で、実効性には乏しい面もある。 ・また、職員からの提案として、法人全体の傾向として、異動、配置は場当たり的ななされることがあり、せめて産休・育休に入る職員がわかってい場合は「引継ぎ期間を見込んで計画を立てた方がよい」という提案がある。今後に向けて、方針の明確化と体制の強化が求められる。 	

【15】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) 50.0% b) 50.0% 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"> ・「期待する職員像」は、法人のブランドブックに明示している。 ・法人として「キャリアパス対応人事処遇制度」「キャリアアップ支援の職員研修体系」「業務目標管理評価制度」で構成される「キャリアパスの仕組み」を整備している。 ・職位階層ごとに「期待する職員像」(職務・役割行動の求められる姿)を明示し、人事考課制度において、役割等級の昇降格等の審査、職員育成のための情報収集などを行っている。具体的には、業務・目標管理評価、要素別評価、キャリアアップ能力開発目標などに関するシートを用いて、目標設定面接(5月)、中間面接(10月)、期末評価面接(3月)を実施し、4月には職員にフィードバックしている。 ・以上のしくみは「キャリアパス運営手引き」などにまとめられ、明示されている。 ・職員処遇改善の必要性などの評価と分析に関する取組みは、法人事務局(サポートセンター)が担当し、業界の全国(処遇)水準などの情報を収集、分析している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、職位に応じた役割・資格の明示、キャリアアップ支援の職員研修体系、評価制度が連動したしくみを整備し、職員のキャリアアップを支援する体制を整えている。 ・一方で、頻繁な異動があるため、職員からは「具体的な将来像を描きにくい環境に置かれていると感じる」という意見がある。法人としての取組みや、体制の強化を図ることを期待する。 	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

【16】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) 37.5% b) 62.5% 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"> ・法人として、2020年度の途中から勤怠管理を電子化し、ICカードをタブレットにタッチすることで出勤、退勤、残業申請、残業事後報告などを管理できるしくみを導入した。また、有給休暇の消化率についても、50%を目標に取り組んでいる。 ・産前産後休暇、育児休暇は取得しやすく、女性職員の職場復帰を後押ししている。また、定時退社を呼びかけている。さらに、職員配置は、配置基準を上回る人員配置を確保している。 ・個々の職員の面談の機会は、クムパートナー制度(当法人のOJTのしくみ)におけるクムパートナーとの日常的なやりとりのほか、人事考課面接(期初、期中、期末)があり、それらの際に職員それぞれの意向の把握に努めている。また、法人では「ハラスメント」に関する相談窓口を設けている。 ・福利厚生制度としては、ソウェルクラブ(社会福祉法人「福利厚生センター」)に入会しているほか、職員互助会があり、また5年ごとの研修旅行もある。さらに、2019年8月には、当法人職員向けの企業主導型保育所を開設した。 ・法人では、次世代育成支援対策法に基づく行動計画、および女性活躍推進法に基づく行動計画を定めている。 ・当事業所では、管理者が日常の業務や人事考課面接などの機会を通じて、職員の就業状況や意向の把握に努めている。 ・社会福祉事業経営法人の有志で構成される団体が、会員を対象に共通の「職員意識調査」(77項目)を職員対象に年1回実施しているため、その結果等に基づいて対策を検討している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、労務管理の電子化のほか、人事考課面接の機会を通じた就業状況や職員の意向の把握等を行っている。 ・一方で、今回の職員自己評価では「具体的な計画への改善策の反映」に関して、肯定的な回答の割合が低率であった。その要因の分析も含めて、職員調査の位置づけと活用など、さらなる取組みを期待する。 	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

【17】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。	a
	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)75.0% b)25.0% 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"> ・法人として「期待する職員像」をブランドブックに明示し、また「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「人材育成の方針」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(正職員対象)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。 ・目標管理は、法人として初任者・中堅職員などの階層別に求める職員の専門性や能力を明示し、その内容を踏まえて、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立て、上席の職員との面接によって目標の内容を決定する。さらに、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(セルフディベロップメントシステム: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)の面接を経て、遂行度・達成度を評価決定し、例年4月中旬に各職員にフィードバックするしくみである。管理者は、面接時には期待される役割を伝えている。 ・非常勤職員に対しては、キャリアパスに基づき、正規職員に準じて、半年ごとの面談を実施している。その際に、法人と事業所の方針を伝えている。そして、キャリアパス制度の説明を行うなかで、意向を聞き取っている。パートタイマーからフルタイムへ1名が移行している。 	

【18】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)50.0% b)50.0% 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"> ・法人として「人材育成推進室」を設置し、各事業所の管理者層で構成している。活動内容は、研修の推進についてはキャリアアップ啓発(種別・課題別研修)、階層別研修の推進、そして事業所での活動を発表する会などの運営である。基本的には「キャリアパス」に基づき、それぞれの職位の応じた研修およびリスクマネジメントや人権倫理などの課題別研修で構成される。 ・法人の職員研修体系は、職位階層別にOJT、OFF-JT、SDS(自己啓発支援)の内容を定めている。OJTのしくみでは、新任職員の早期育成を目的とした「クムパートナー制度」を設け、主に新任職員を個別に担当する先輩職員(クムパートナー)を任命し、社会人・職業人としての育成を図ろうとするものである。また、OFF-JTとしては、法人研修、拠点ごとに行う拠点研修(事業種別研修、課題別研修)、外部への派遣研修を位置づけている。 ・当事業所では、法人による研修にその対象となる職員を参加させているほか、事業所内研修の多くは、同じ倉敷拠点の障害分野の事業所と合同研修として実施している(今年度は4回を計画)。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として体系的な研修制度を整備しているが、事業所内研修の内容は十分とは言えない。また、昨年度は事業所内研修がほとんど実施できなかったことなど、課題が多い。 ・職員自己評価では、法人主催の研修は一方的であること、また同じような研修が継続されていることなど、評価と見直しの視点から肯定率は低く、課題提起をしている。検討を期待する。 	

【19】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)62.5% b)25.0% c)12.5% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、クムパートナー制度によってOJTを組織的・計画的に実施している。特に新任職員等に対して、2年目以上の先輩職員を「クムパートナー」として任命している。クムパートナー制度は、社会人および職業人としての成長を図るための指導を行ったり、相談を受けること日常に行うもので、具体的には「OJTチェックシート」を用いて四半期ごとに業務の習得度を確認するとともに、指導を受けている職員は2週間ごとに業務に関する所感を「研修ノート」に書き、クムパートナーがそれに対するアドバイスのコメントを記入・指導することがルールとなっている。なお、この制度では、指導にあたるクムパートナー自身の成長(キャリアアップ)も目的としている。 ・法人の研修の多くについては、研修の対象者が決まっているので、当事業所では対象となる職員を参加させている。また、倉敷拠点の障害分野の事業所と合同で行う事業所内研修への参加のほか、本人の希望に応じて資格取得に向けた研修にも参加することができるようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人によるOJTのしくみ(クムパートナー制度)があり、また対象が明確にされている法人の研修への参加の機会も設けられている。 ・管理者は、外部研修についても情報提供しているが、今年度はコロナ禍ということもあり、不十分さがあるとしている。工夫が求められる。 	

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。

【20】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。	c
	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)50.0% b)50.0% c)0.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人全体としては、実習生を受け入れている事業所があり、また当事業所でも過去に実習指導者の要件を満たした職員が配置されていたときには、受け入れをした実績がある。 ・しかし、現状は実習指導者の要件を満たした職員配置はなく、受け入れに対応できていない。今後は、事業所としての実習生の受け入れに関する方針の明確化を図り、実習生受け入れの取り組みに向けた体制づくりを行うことを期待する。 	

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。

【21】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)75.0% b)25.0% 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"> ・ホームページの全体的な運用は、法人(メディア委員会が担当)が管理し、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・事業報告など)、採用情報などを掲載している。そのなかで、各事業所が日常的な様子を発信している「ブログ」については、法人として特に積極的に更新する方針を打ち出し、当事業所ではその方針に則って、活動内容、利用者の様子などを月1回程度、更新している。 ・法人では今年度、新たにSNS(インスタグラム)を開設した。 ・法人の広報誌(クムレだより『ふれあい』)は年3~4回発行し(約1,000部)、利用者、後援会員などに配布しているが、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移行している。 ・当事業所の属する倉敷拠点では、法人の地域公益活動センター(倉敷拠点内公益活動推進ミーティングのメンバーが担当)が、2019年1月に『人と人をつなぐ広報誌 つなぐ』を創刊し、倉敷拠点内における公益的な取り組み内容を、利用者等に周知している(年3回程度)。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、ホームページ、SNS、複数の広報誌によって、法人の基本理念はもとより、日常的な活動の内容、第三者評価の受審結果、財務諸表などを積極的に公表し、事業の透明性の確保に努めている。 ・しかし、苦情・相談の受付体制や、受付内容に関する情報については、発信・公表されていない。寄せられる苦情・意見と、それらへの対応の状況などは、事業所のサービスの質の向上に関する事項であり、透明性の確保を通じて、利用者や地域からの理解を得る必要がある。また、公費によるサービス提供の主体である事業所として、広く社会に向けて説明責任を果たしていく意味でも、苦情内容等の情報について発信・公表することは重要である。さらなる取り組みに期待する。 	

【22】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。	a
	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)75.0% b)25.0% 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"> ・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のほか、経理上の基準について定めるなど、適切な経理事務が実施できるように努めている。 ・また、平成28(2016)年度からは公認会計士と顧問契約し、現在は公認会計士が各事業所を回って経理事務や帳票類を確認することで、事業所の実情や書類の管理状況等を把握している。この結果は、経営会議などで情報共有している。 ・2021(令和3)年度からは「内部監査室」の名称を「ガバナンス改革PT」の名称に変更し、法人の理念の実現に向けて、業務を中心に運営する体制から、組織で経営する体制へ移行することを目指している。 	

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。

【23】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)50.0% b)50.0% 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"> ・地域とのかかわりについては、法人の基本理念に掲げるとともに、中期経営計画において「地域共生社会」づくりを重点方針に位置づけている。法人の地域公益活動として、2020年度から当事業所の近隣にある民家を活用した「まちのじどう家 上東商店」で、地域の民生委員や愛育委員、住民の自主的な活動へのスペースの貸出、子ども向けに駄菓子や古本・ゲームを置くフリースペースの提供など、当事業所の職員もかかわって取り組んでいる。 ・当事業所の取り組みとして、当事業所の2階に卓球台や健康器具を設置し「まちかどジム」として地域住民にも利用してもらい、事業所・利用者と地域との交流を広げるための取り組みを行っている。 ・また、カフェや販売などの事業種目を通して、利用者と地域住民とのかかわりが生まれ、理解につながるよう、地域のイベントでの出店や大学構内における販売活動などに積極的に参加している。 ・利用者の居住地域において買い物や社会参加の機会が広がるよう、ヘルパー利用の提案や社会資源の情報提供を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍において、2019年度まで行っていた大学や地域行事での販売活動が実施できず、十分な交流が図られていないと職員は認識している。 ・より日常的な場を活用した交流や、利用者一人ひとりの生活の場で地域住民との交流を図ることなどについて、さらに取り組むことを期待する。 	

【24】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)62.0% b)25.0% c)12.5% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では地域共生社会づくりの一環として位置づけて、各事業所の取り組みや季節イベントなどにおけるボランティアを常時募集し、活動者には「クムしいききポイント」を付与して、1年間で貯まったポイント数に応じて法人内の事業所の製品と交換する取り組みを行っている。当事業所の焼き菓子も、交換の対象になっている。2019年度は、いきいきポイントの登録者が3名あった。 ・ボランティアの受け入れは、法人の専門部署（地域公益推進センター）で登録手続きを行い、事前説明等に関する項目が記載されているマニュアルを整備し、実施している。 ・今年度は、コロナ禍で行った焼き菓子配布や「上東商店」のフリースペースでつながった小学生が、事業所製品の菓子のラッピングや年末の大掃除にボランティアとして参加している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアの受け入れについては、法人としてしくみが整備され、取り組んでいるが、当事業所としては受け入れの経験は少ない。 ・しかし、法人外の人々と交流する機会は、利用者の生活や視野を広げ、地域の人々の利用者理解の機会ともなる。各事業部門の作業の手順や活動全体を見直し、積極的にボランティアを受け入れられるよう、さらなる工夫を期待する。 	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

【25】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)37.5% b)37.5% c)25.0% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の支援に必要な関係機関は「保健福祉の手引き」(倉敷市保健福祉推進課)を活用し、必要な連携を図っている。 ・医療機関、相談支援事業所、グループホームなど、各利用者に必要な関係機関の連絡先等はリスト化し、随時活用できるようにしている。また、関係機関との「ケア会議」(個別支援会議)を実施し、互いの機能への理解を深め、役割分担を行って支援を進めている。 ・「倉敷市中心身障がい施設連絡協議会」「岡山県セルフセンター」に加盟し、必要に応じて参加している。当事業所では、利用者の事業種目や販路拡大、生活支援のためには、福祉関係だけでなく、商業団体、教育・スポーツ団体などの幅広いつながりが重要となると考えている。実際に、インフォーマルなつながりから、サッカー場整備業務の受託を行うなどの実績もある。今後もさまざまな企業や団体との連携を検討している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関との連携は、管理者やサービス管理責任者が中心となって行っていることもあってか、職員自己評価の低率である。 ・各事業部門ごとに関係機関の整理を行うなど、各職員のかかわりを増やし、職員全体における共有化を進めることを期待する。 	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

【26】Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取り組みが行われている。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。	a
	b) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等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・生活課題等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)75.0% b)25.0% 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"> ・法人では「地域公益活動推進センター」を設置し、倉敷拠点の「ひろば栗の家」を中核拠点にした諸活動や「カテゴリーミーティング」などを軸として、他の法人事業所を含めた多様な支援機関との連携や事例検討会などの機会を通じて、地域の福祉ニーズ等を把握するための取り組みを行っている。 ・当事業所では、事業所2階の「まちかどジム」、近隣民家で「まちのじどう家ん 上東商店」などの取り組みを通して、民生委員、愛育委員をはじめとする地域住民との交流から、上東地区の生活課題を把握している。子どもの遊び場がない、新たに転居した若い子育て世代にとって頼れる人がいない、高齢者世帯で「ごみ出し」や「電球の交換」などの生活行為が難しい、南海トラフ地震が発生した場合は住居1階部分が浸水するなどの課題が把握されている。 ・また、管理者は岡山県社会福祉協議会主催の「おかやま地域カレッジ」(地域貢献活動を具現化するプランづくり)を受講し、地域課題の把握とプラン化、スケジュール化について学び、その学びを法人内にも伝え、広めている。 	

【27】Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。		評価
判断基準	a) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動を積極的に行っている。	a
	b) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	c) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)62.5% b)37.5% 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"> ・法人では「地域共生社会づくり」を目標に掲げ、地域公益活動推進センターを置き、倉敷および水島の各拠点において、居住支援(障害・低所得等による住宅確保の困難者への支援)、中間的就労支援(さまざまな事情による就労困難者に働く機会や場を提供し、相談を受けるなどの支援を提供)、ボランティア活動の振興(いきいきボランティア)のほか、各法人内事業所での公益活動の拡充を進めている。 ・当事業所では、法人の地域公益活動として、地域の子どもの居場所づくりのほか、「四つ葉ひろい」「ちよい悪おやじの会」(地域の60歳代以上の人の集まり)・愛育委員の話し合いなどへのスペース貸し出しを行っている。 ・また、当事業独自の取り組みでは、コロナ禍の子どもたちへの応援として、生産品の焼菓子の配布、事業所2階の住民への健康器具の貸し出し等を行い、地域ニーズに基づく活動を行っている。 ・なお、地域住民との交流から得られた地域の課題には、まだ十分に組み合っていない。今後は、子ども食堂や地域の災害拠点としての機能の強化を目指している。災害備蓄を整備し、それを活用したローリングストックイベントの開催を計画中である。今後の取り組みを期待する。 	

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 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

【28】Ⅲ-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持つための取組が行われている。	a
	b) 利用者を尊重した福祉サービス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。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 75.0% b) 25.0% 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"> ・法人の基本理念である「ともに育ち ともに生きる」や、職員の行動指針である『クムレの10の心得』を事業所内に掲示している。当事業所では『クムレの10の心得』は、同じ場で働く仲間として利用者とともに朝礼時に唱和している。また、基本方針の重点目標として「その人らしく生きる」を目標に掲げ、支援を行っている。 ・「その人らしく生きる」を実現するために、利用者一人ひとりに自分のありたい姿を記入し所持してもらい、職員もそれを意識しながら支援しているように「クレドカード」を作成する取り組みを計画中である。 ・人権に関して、法人の人権倫理委員会で毎月事業所ごとに目標を作成している。当事業所では、人権を「その人らしく生活できること」「できないことを無理してできるようにするのではなく、その人に合った生活ができること」と捉えて、「自立に向けた支援をする」「社会人として対応する」「肯定的な声かけをする」などの目標を掲げている。目標に対する取り組みは、月次報告で振り返りを行い、人権倫理委員会に報告している。 ・法人では権利擁護やハラスメントなどの研修を実施し、非常勤職員も含めてこれに参加している。また、年1回実施している「職員意識調査」では、権利擁護との関連が高いストレス性のチェックを行っている。 ・当事業所では、法人の取り組みと一体的に行い、利用者を尊重した福祉サービスの提供に努めている。 	

【29】Ⅲ-1-1-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		評価
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、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。	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、利用者のプライバシー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>■ 職員の自己評価の結果は、a) 75.0% b) 12.5% c) 12.5% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人の私物は「個人ロッカー」を設置し、そこに収納してもらっている。また、店舗と休憩スペースに壁を設置し、外部からの来訪者から容易に利用者が見えないようにした。事業所2階部分には、休憩スペース、カムダウンスペース、相談スペースがあるが、それらが外部から丸見えにならないようにパーテーションを設置した。 ・性差による配慮事項については、同性職員が対応する、相談に乗る等の配慮を行っている。 ・就労支援において、生活面の確認や取り組みの必要性に着目しているが、プライバシー保護の観点から「どこまで生活に踏み込むのか」は利用者の状況に応じて慎重に取り組むように努めている。 ・利用者調査の関連項目では「はい」の回答が8割を超え、プライバシーに配慮して取り組まれていることがうかがえる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プライバシー保護については、マニュアルおよび重要事項説明書への記載がない。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」である。休憩時間や生活面の取り組みとして、配慮して取り組まれていることはうかがえるが、職員自己評価では、個人情報保護との捉え方が散見され、十分にプライバシー保護について理解されていると言えない。 ・就労場におけるプライバシー保護のあり方を検討し、一人ひとりの職員が取り組めるように、マニュアルの作成を進めるよう期待する。 	

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。

【30】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)37.5% b)62.5% 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"> ・当事業所の利用者は、相談支援事業所、支援学校、地域活動支援センターなどから紹介されていることが多い。そのため、事業所を紹介するリーフレットを、それらの関係機関に配布している。支援学校には、進路担当が学校公開時に訪問し、事業所についての情報提供を行っている。また、法人の広報誌はカフェや店舗に置き、広く地域住民に手に取ってもらえるようにしている。法人のホームページでは、毎月3～4回、ブログを通じて当事業所の状況を伝えている。 ・リーフレットをより多くの人の手に取ってもらえるよう、今年度はA4判に大きくし、見やすいように作り変えた。活動が伝わりやすいように、写真をプロのカメラマンに依頼し、文字は小さいが事業所の方針をコメントしている。リーフレット作成のため、利用者が写真撮影やイラスト作成に積極的に参加している。より多くの写真で活動状況が伝えられるように、リーフレットにはホームページとInstagramのQRコードを付している。 ・現在は利用待機者がいる状態であるが、利用希望者や見学者については断らず、見学や一日体験などを受け入れている。事業所の様子を見てもらい、知ってもらうことは、その人が生活を考えていく上で重要であると考えている。カフェ、清掃、洗車、菓子づくり、事務補助などの事業があるが、事前に関係者と相談し、見学希望の場所を絞ってもらうようにしている。見学者には、管理者またはサービス管理責任者が希望者の個別の状況によって対応し、説明を行っている。年間10名程度の見学者がある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リーフレットを大きく、見やすく、おしゃれなデザインとなるように工夫しているが、事業所名や活動時間などの基本的な情報が一見してわかりにくい。 ・また、リーフレットを手取るのは関係者や利用者家族を前提としているが、利用者の自己選択の視点からは、利用者自身がわかりやすいことが重要である。利用者主体の視点に立ち、さらなる工夫を期待する。 	

【31】Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更に当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当たり、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。	b
	b) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るに当たり、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) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るに当たり、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>■ 職員の自己評価の結果は、a)75.0% b)25.0% 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"> ・サービス利用開始に至る流れは、見学後、利用意向について確認し、体験利用を実施する。体験利用に向けて、アレルギー、服薬、送迎など配慮が必要なことを確認し、利用者の状況に応じて日数や回数を決める。体験利用の実施後は、相談支援専門員や必要に応じて医療機関や就業・生活支援センターなどの関係機関から情報提供を得て、体験利用の状況も含め、フェイスシート、アセスメントシート、個別支援計画を作成する。契約当日は重要事項説明書と契約書を説明する。 ・重要事項説明書と契約書は、利用者自身に理解してもらえるように、事業所の目的、サービスの内容、利用料金、連絡先など、利用者にとつてより必要な項目を重点的に、わかりやすい言葉で伝えるように努めている。 ・体験時には、カフェ、菓子製造、洗車、清掃等の事業種目について希望を確認しているが、体験時の様子や人数の空席状況から配属先を判断し、契約時に再度、意思を確認している。 ・意思表示が難しい利用者の意向の把握については苦慮している。家族や後見人からの情報のほか、体験利用の様子から判断している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・意思表示が難しい利用者の意向の把握については、手順化されていない。 ・より妥当性のある推定意思の確定ができるよう、意思決定支援アセスメントシートの活用等の検討も含め、さらなる工夫を期待する。 	

【32】Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当たり、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・家庭への移行等に当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・家庭への移行等に当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・家庭への移行等に当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)50.0% b)50.0% 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"> ・当事業所は、サービスの利用終了者がほとんどいないため、引き継ぎのための手順書や、文書による引き継ぎはまだ行われていない。法人内事業所への就職が1件あり、実習や支援会議を行い、利用者を受け入れ側に、ともに不安がないように取り組んだ。また、就職1カ月後のアフターフォロー、その後は3カ月ごとのフォロー、1年後からは半年ごとのフォローを実施している。 ・他の福祉事業所への変更、通所困難による利用終了のケースもある。その場合は、相談支援事業所やその他の関係機関と支援会議を実施したり、その後の支援を依頼している。利用終了後も、よりよい生活ができるように、利用者の状況に応じて取り組んでいる。 ・利用終了後もいつでも相談を受けられることは、口頭で伝えている。また菓子販売の店舗に事業所事務所が併設されているので、足が運びやすい環境にある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これまで利用終了者がほとんどいなかったため、文書による引き継ぎ、引き継ぎのための手順書が整備されていない。 ・今後は、意思表示が難しい利用者のなかから該当者が出る可能性や、就職により継続的なアフターフォローが必要な利用者が累積していく可能性もある。引き継ぎのための手順の整備に取り組むよう期待する。 	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

【33】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)50.0% b)50.0% 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"> ・法人の取り組みとして、年1回「利用者満足度調査」を実施している。利用者満足度調査に書かれた意見は取りまとめ、一つひとつ回答したものを書面にし、利用者に戻している。 ・半年ごとの個別支援計画のモニタリング時の個別面談で、希望や感想・意見を確認している。その際に、事業部門の変更の希望を聞いて相談したり、仕事のやり方について提案されて作業手順の変更に生かしたことがある。 ・利用者の意向を把握する場として一般的に利用者会や家族会があるが、当事業所では利用者状況から取り組んでいない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足度調査が行われているが、家族の満足度を表わしている側面が強く、利用者本人の満足度が反映されているかどうかは不明である。 ・利用者の直接的な意見を聞く場として「個別面談」があるが、利用者が意見を述べ、事業所と双方向のやりとりを行う気運の醸成として「利用者会」などの開催の必要性は大きい。検討を期待する。 	

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。

【34】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) 50.0% b) 50.0% 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"> ・法人として苦情解決のしくみが整備され、重要事項説明書には、当事業所における苦情受付責任者および担当者、第三者委員、行政機関等の連絡先を明記している。第三者委員は、倉敷拠点で地域民生委員が参加するようになったが、直接利用者とは交流する機会はほとんどなく、利用者にとっては身近な存在となるまでには至っていない。 ・苦情解決制度については、利用者が入り出す玄関のロッカーに掲示し、意見箱も設置しているが、意見箱はまだ利用されたことがない。 ・受け付けた苦情については「苦情解決マニュアル」に沿って対応している。事業所内で対応を検討し、改善できる点は改善して回答している。 <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の第三者評価の利用者アンケート調査の結果では、質問項目「外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか」の「はい」の回答率は約3割である。利用者への周知と活用の視点から、利用者にとってわかりやすく、意味あるものとして理解できるような工夫や、取り組みを検討することを期待する。 ・社会福祉法人には、より高い透明性の確保が求められ、その一環として「苦情の公表」が義務づけられたところである。法人の方針として、事業報告書や広報誌等への苦情解決結果の掲載・公表について、検討することを期待する。 ・本評価細目では、苦情解決状況の公表を行っていない場合は「c」と評価するとしている。 	

【35】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) 25.0% b) 75.0% 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"> ・事業所に対する意見・要望については「いつでも受け入れる」旨を掲示している。 ・事業所の2階に「相談スペース」を設け、パーティションで目隠しをしてプライバシーを確保し、安心して相がでる空間をつくっている。また、近隣にある「上東商店」を使って、相談を受けることもある。昼の12～13時までの休憩時間は、職員も含め、ゆっくりする時間に当てている。利用者から声をかけやすい雰囲気をつくるように努めている。 ・個別支援計画のモニタリング時の個別面談では、担当者やサービス管理責任者が意見をじっくり聞く機会としている。 ・利用者家族とは「連絡ノート」や送迎時のやり取りから相談を受けられるようにしている。次年度からは、利用者家族と手軽に意見交換ができるように、連絡ノートを廃して「ケアコラボ」（家族公開機能のあるインターネットアプリケーション）の導入を検討している。これは「書きやすい」とする家族もいる一方で、インターネットを通じたアクセスが難しい家族もいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業部門によっては、担当職員が1名だけで利用者が相談相手を選べなかったり、相談スペースの確保が難しいという部門もある。また、第三者委員など相談を受けられる法人の外部者との日常的な交流はない。 ・気軽に相談できる関係性にある人が複数いて、利用者が状況に応じて選べる環境づくりや、利用者自身のスキルとして、自分の意見を述べたり、相談したりという経験を重ね、社会性を広げていくための取り組みを期待する。 	

【36】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。	a
	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)62.5% b)25.0% c)12.5% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決と一体的に、マニュアルに沿って、意見・相談に対して管理者とサービス管理責任者が対応方法を検討し、職員全体で情報共有して改善と課題の解決に向けて取り組むように努めている。日報を記録することで、パソコンソフトで即座に全体共有ができるようにし、迅速に取り組めるように努めている。 ・今回の第三者評価の利用者アンケート調査では「不満や要望にきちんと対応してくれますか」という関連項目では、7割以上が「はい」と回答し、表明されている意見・相談に対して概ね対応されていると言える。 ・なお、利用者が意見を述べ、相談しやすい環境づくりをさらに行った結果、今後において意見や相談が増えた場合は、その状況に応じて対応に工夫することを期待する。 	

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。

【37】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)25.0% b)75.0% 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"> ・法人には横断的な組織として「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」が設置・整備され、リスクマネジメント体制を構築している。その体制のもと、法人としてリスクマネジメント分野の課題別研修や発生した事故についてのケース検討にも取り組んでいる。事故や不審者対応などの緊急な対応については「フロー図」が作成され、共有している。 ・事業所内部では、事故、ヒヤリハット等の発生時には、発見者が管理者およびサービス管理責任者に電話や日報で報告し、発生原因と対応策について検討している。その状況は日報および月次報告により、全体で共有している。 ・通院を必要とする事故の発生は年間「0件」で、事故につながるヒヤリハットもなく、日報と月次報告の記録のみで、改めて「ヒヤリはつと処理報告書」に書き起されてはいない。また、事故報告書の記載は近年ない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「ヒヤリはつと処理報告書」の書式は法人共通で、流れとして「状況把握」「要因分析」「対応策」「改善状況の確認」があり、それに沿って報告を書くことで、PDCAが身につく様式になっている。小さなヒヤリハットでも報告書を作成し、状況の情報を集積して分析したり、多角的な視点で要因分析をしたりすることで、サービスの質の向上につながる情報が得られることも多い。文書にして残すことは、サービスの質の向上にとって重要なことである。報告書作成と分析の実施をに取り組むことを期待する。 ・事業所の2階に上がる外階段が急で、そこにつながる2階の玄関スペースも狭く、利用者等にとって危険である。当事業所は、比較的元気な利用者だけでなく、高齢者も含む地域住民の利用も促進している場であることを考慮し、さまざまな人が安心・安全に利用できる環境にあるかについて、再度点検し、改善に取り組むことを期待する。 	

【38】Ⅲ-1-(5)-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>■ 職員の自己評価の結果は、a)87.5% b)12.5% 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"> ・法人統一の感染症対策マニュアルがあるが、今年度は事業所独自のマニュアルを作成し、職員に配布・周知している。 ・法人として「感染症に関する研修会」があり、職員は参加している。また、法人の「看護師会連絡会」から指導を受け、感染対策を行っている。新型コロナウイルスの感染対策では、感染予防として「手洗い」「うがい」「換気」「消毒」について利用者・職員ともに看護師から指導を受け、勉強会を行った。また、掲示物で注意喚起している。特に製菓、カフェ、清掃では業務マニュアルの見直しに取り組んでいる。製菓・カフェ部門では検便を実施している。 ・インフルエンザ、熱中症対策などについては、個別に「家庭連絡表」や口頭で伝達し、また法人内看護師連絡会発行の『保健だより』を配布し、注意喚起に努めている。 ・ノロウイルス対策についても、職員は看護師連絡会による「感染症対策研修」を受け、嘔吐物処理やその処理に必要な物品を用意している。また、法人が主催する研修会に職員が参加している。研修会は、定期的・計画的に取り組まれている。 	

【39】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)62.5% b)37.5% 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"> ・法人として事業継続計画(BCP)を作成し、災害発生時の対応、復旧、サービス再開の手順について明文化している。BCPの内容は各職員の目に入るようにして、わからないことがあれば「質問するように」と伝えている。 ・年2回、法人では一斉災害訓練を実施し、これには利用者も参加している。当事業所は、利用者が複数の場所に分かれて作業を行っているため、それぞれの作業場所で訓練に参加している。 ・今年度は地震を想定した避難訓練であったが、電源が落ちた場合の訓練の必要性が今後の課題として見出された。また、職員の緊急参集訓練を実施している。訓練で見出された課題に応じて、BCPの内容の見直しも行っている。 ・利用者・家族や職員の安否確認について、次年度には外部の安否確認サービスを導入する予定である。 ・カフェを行っている「ひろば栗の家」は、地区防災の避難所になっている。ただし、避難所に避難できないことも想定して「上東商店」が地域の災害対策拠点として機能できるよう、地元住民と連携し、食料や布団などの備蓄の整備や訓練を計画している。水害時の避難のために、カヌーも用意している。備蓄を整備し、それを活用したイベント(ローリングストックイベント)を計画している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所内では、ロッカーの転倒防止対策が取られていないこと、ロッカーの上に段ボールの荷物が積まれていることなど、防災の視点からの環境整備が不十分である。災害時の安全確保の視点で、作業場所も含めて、事業所内外の安全点検と対応に早急に取り組むことを期待する。 ・事業所としては、災害対応計画を作成し、訓練も実施して、地域住民と共同の災害対策についても検討されているが、利用者一人ひとりについての災害時の個別計画は立てられていない。家族の迎えがあるのか、単独で帰宅するのか、事業所にとどまるのか、家庭で被災した場合に居住地域で支援が受けられる環境にあるのかなど、明確にしておく必要がある。 ・災害経験地域では、要支援者の個別避難計画の作成も進められている。相談支援専門員等の関係者とも協働し、災害時における一人ひとりの状況を想定し、平時からの備えとして対応を検討することを期待する。 	

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。

【40】Ⅲ-2-1-1-① 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、それに基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、それに基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)50.0% b)50.0% 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"> ・法人が作成している緊急対応や感染症対策などのリスクマネジメント分野に関するマニュアルのほか、当事業所が作成している「ケーキ事業マニュアル」や「手洗い洗車マニュアル」などや、事業別・作業内容別の手順書である「就労支援マニュアル」がある。 ・事業別・作業内容別の手順書「就労支援マニュアル」では、作業工程を細分化し、写真付きで利用者と職員が行うべき作業手順がまとめられている。これらの内容はすべてパソコン画面上で共有され、いつでも確認できるようになっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各作業手順書としては詳細であるが、職員が利用者支援するための配慮事項の記述は不十分である。また、当事業に取り組むにあたって必要な業務、例えばサービス管理責任者の役割や活動、個別支援計画の作成方法や記録の書き方、送迎や家庭支援、退所時の引き継ぎなどの日常業務を標準的に行うためのマニュアルは作成されていない。 ・日常業務は事業ごと各担当に任されていて、手順書通りに実施しているか、職員相互にチェックする体制にはない。管理者やサービス管理責任者が現場や記録から確認している。 ・標準的なサービスを実施するために職員が行うべき業務や配慮事項の視点で、マニュアルの内容を見直し、あるいは新たに作成することが必要であり、取り組みを期待する。また、実施状況については、確実に確認できるような仕組みづくりを検討することを期待する。 	

【41】Ⅲ-2-1-1-② 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、標準的な実施方法の検証・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、標準的な実施方法の検証・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、標準的な実施方法の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)50.0% b)37.5% c)12.5% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準的な実施方法については、年度末に見直しを行っている。 ・緊急時対応マニュアルや苦情解決マニュアル等の法人全体のマニュアルは管理者が、就労支援の事業別マニュアルは各担当が見直しを行っている。個別支援計画のモニタリング面接時には、利用者からサービスや作業手順の見直しについて意見を聞き、マニュアルの見直し内容に反映させている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施方法の見直しについて、今回の職員自己評価における肯定率はあまり高くない。 ・事業の主担当以外の職員の意見も反映させ、全体のものとなるような工夫を期待する。 	

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。

【42】Ⅲ-2-(2)-① アセスメントに基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)75.0% b)25.0% 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"> ・施設外就労を中心とした事業展開により、就労にはコミュニケーションスキル、体調管理、職場のルールを守るなどの職業生活遂行能力が必要であり、生活歴との関連が大きいということに気づき、生活面に関するアセスメントを行うようになった。食事、服薬、身だしなみ、援助の要請等のアセスメント項目が追加されている。さらに、生活面の項目があるアセスメントシートを調べ、2019年度からは、厚生労働省から出されている「就労移行のためのチェックリスト」を活用している。 ・各事業担当職員が上記のチェックリストを活用してアセスメントを行い、管理者とサービス管理責任者が確認している。また、利用者・家族には「今後の援助に関する要望書」を記入してもらい、事業担当職員が面談し、確認している。シートには、希望する生活の場、希望する就労の場、実現するために必要と思われるもの、心身の健康、基本的な生活、社会生活、余暇などの項目があり、利用者・家族とともに、生活面の状況や希望を確認している。 ・これらのアセスメントに基づき、サービス管理責任者が個別支援計画案を作成する。この原案をもとに利用者・家族と面談し、必要に応じて修正を行い、個別支援計画を作成する。現在は事業所内の職員でアセスメントを行っているため、専門職の活用はしていない。 ・支援困難ケースへの対応については、法人内の地域活動支援センター主催の事例検討会で検討したり、担当相談支援専門員に要請して「サービス担当者会議」を開催し、関係機関とともに検討を行っている。事例検討会には、サービス管理責任者は参加するが、担当者は参加していない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回のアセスメントの改定で生活面の項目を追加したが、収集したそれらの情報を評価する際に、身体機能・認知機能にも着目した評価の基準を設けていくことで、より就労支援に生かすことができると考えられる。また、利用者・家族から提出される「今後の援助に関する要望書」は「就労移行のためのチェックリスト」の項目との関連性を明確にすることで、評価に客観性が得られる。さらなる工夫を期待する。また、アセスメントから具体的な支援内容を考えていくには、支援の経験値を必要とする。経験値を可視化し、ガイドラインの作成に取り組むことを期待する。 ・アセスメントにおいては多職種の活用を行っていないが、作業遂行では身体機能について専門的アセスメントが必要と思われる状況を職員は捉えている。法人内の専門職を活用し、多角的な視点から利用者像を明らかにすることに取り組むように期待する。 ・アセスメントの際に利用者・家族の要望を把握しているが「家族の意向に偏りがちである」と当事業所では認識している。「利用者本人の意向」を反映させるためには、アセスメントの場だけでなく、活動全体を捉えた利用者の意思表示が重要である。検討を期待する。 	

【43】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)75.0% b)25.0% 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"> ・利用者とは、半年ごとに「個別面談」でモニタリングを行っている。その際に「就労移行のためのチェックシート」の再評価を利用者とともにやっている。面談の結果をサービス管理責任者と担当者と協議し、個別支援計画の見直しを行う。その後、管理者が確認し、担当外の利用者も含めて確認できるように全職員に周知し、各自パソコン画面上で確認する。 ・利用者の状況に変化がある場合は、日報および口頭で担当者が報告し、担当者、サービス管理責任者、管理者が随時共有し、個別支援計画について変更を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントからモニタリング、個別支援計画の修正とその周知までの一連の動きは、サービス管理責任者が中心になり、取り組んでいるが、手順書はない。 ・今後の検討を期待する。 	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

【44】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。	a
	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)62.5% b)37.5% 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"> ・当事業所では個別支援計画は「支援の道標」として位置づけ、支援の記録時には、あらかじめ定めた支援目標や実施内容に沿って行えたかどうかを確認した上で、実施内容を記録するように努めている。 ・日々の支援や利用者の状況については、サービス提供記録、支援経過記録を業務終了時に各事業担当者が記録し、インターネットのグループウェアで職員全体共有している。 ・また、月次報告には利用者についての項目があり、そこで改めて職員全体で共有すべき状況を報告し、共有している。「支援記録システム」の導入により、情報が可視化され、情報共有が進んだと事業所では捉えている。職員はICTを活用した情報の共有について慣れているため、業務の効率化が図られている。 ・それぞれの事業における利用者支援は各担当に任されているため、記録・報告を確実にを行うように努めている。管理者とサービス管理責任者が確認し、利用者の状況を把握したり、記録の書き方について指導を行っている。 ・なお、主担当以外の職員が関わるときの「支援記録システム」内の情報の活用については、まだ工夫の余地があると捉えている。さらなる工夫を行うように期待する。 	

【45】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。	b
	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)62.5% b)37.5% 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"> ・法人は「個人情報保護規定・特定個人情報保護規定」に記録の管理、保存、廃棄、情報公開等について定め、この文書を各事業所に配備している。また、法人で研修を実施し、職員一人ひとりが適切に個人情報を管理できるように取り組んでいる。 ・利用者に対しては、契約時に「重要事項説明書」「契約書」により、個人についての情報の保存や使用について説明し、同意を得ている。また、法人のホームページで取り組み方針を明示している。 ・日々の支援の記録は、パソコンで記録管理を行っている。非常勤職員も含め、パスワードを持ち、不正アクセスを防止している。契約書や個別支援計画書などの紙面の情報については、個人ファイルに綴じて鍵のかかる書棚で保管している。記録の管理は、管理者およびサービス管理責任者が行い、記録の管理体制が確立している。 	

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) 50.0% b) 50.0% 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"> ・当事業所では、利用者の自己決定を尊重し、参加する作業種・事業を決めている。職員は「利用者は職員から何をしたいか問われることが常態化しているので、自身の希望を伝えることが当たり前のことになっている」と感じている。また、利用者の意向に沿った作業をまず実施し、その作業が本人には向かないと思われる場合には、理由を十分説明し、変更を助言している。 ・今回の利用者アンケート調査では、質問項目「利用者の気持ちを尊重した対応がなされているか」の回答率は8割を超える。 ・利用者の権利については、法人で行う研修会に参加し、理解・共有している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・作業に関することについては、利用者を交えた話し合いの機会を持っているが、一方で利用者の自治・自助グループは設けられていない。職員は、利用者同士の会話は成り立たず、話し合いは困難と考えているため、利用者同士が意見交換しなくてはならない場合は職員が仲介するようになっている。事業所の生活に関わるルール、例えば「金銭の貸し借りはしない」等も、皆で話し合っ合意するのではなく、職員が利用者に伝えられている。自己決定の尊重については、就労に関する側面ばかりではなく、社会人として生きる人としての視点に重点を置くことも課題とし、目標を明確にして取り組むことを期待する。 	

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) 62.5% c) 37.5% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、身体拘束についてやむを得ず実施する場合の要件として「一時性」「切迫性」「非代替性」を示し、職員に周知している。実際には、その対象者はいない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「人権倫理委員会」が主催する研修には参加しているが、具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知することまでは行っていない。また、所管行政に対する虐待の届出・報告の手順が明確化されていないので、今後定めていきたいとしている。早急な取り組みを期待する。 ・利用者への不適切なケアが虐待の温床になると認識しているが、何が不適切なケアであるかについては、互いに具体的に検証し合うことが重要であるとしている。早急な取り組みを期待する。 	

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。	a
	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)87.5% b)12.5% 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"> ・当事業所は「就労のスキルを高めること」に力点を置いてきたが、就労のスキルを高め、就労を継続し得るためには、むしろ基本的な生活能力(ソフトスキル)の確立がなされていなくてはならないことを確認するに至った。そこで、ソフトスキル面の支援に力点を置き、個別支援計画にも反映させるようにして、利用者の自律・自立に向けた支援に取り組んでいる。 ・人との挨拶は、まずは職員が状況に応じた挨拶をしっかりと行うことが大事であるとし、その様子を利用者が見て学べるようにして、自然に身につくようにしている。また、服装についても、TPOに応じた服装を示し、例えば「仕事する場合にはどのような服が相応しいか」等を伝えるようにしている。本人が理解しながら自己管理していけるように支援を重ねている。 ・自力歩行の困難な利用者については、これまでは支持歩行を行っていたが、壁に設置した手すりを本人が利用できるように環境を整えた。そのことによって、本人は自力で歩行できるようになり、トイレも一人でできるようになった。このように、環境上の工夫を行ったり、本人が行っていることを、まずは見守ることから始めるようにしている。 ・本人から「年金の受給を申請したい」等の相談が寄せられることもあるので、必要に応じて行政発行の『保健福祉の手引き』を渡すなど、申請のための行政手続きの支援や生活関連サービス等の利用支援を行っている。 	

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)62.5% b)37.5% 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"> ・当事業所では、言語を介してコミュニケーションを図れる利用者が多いが、その場合にも、言語のほかに顔の表情などもよく観察しながら、本人の気持ちを理解できるように努めている。 ・利用者の見えやすい壁面に、マスクの絵や「声のものさし」(声の大きさを表示した絵)を掲示している。その他にも、ピクトグラムなどを利用し、利用者がその場所でどうしたらよいのか、わかるように工夫している。 ・言語によるコミュニケーションが難しい利用者に関しては、単語のみを示したり、ボディランゲージも交えて、個々の利用者に応じて伝わりやすい方法を工夫している。 ・利用者がコミュニケーション能力を高めるために、朝礼や終礼で司会の役割を務めるようにしたり、職員と一緒に『クムレ10の心得』を読み上げたり、仕事の心得について述べ合ったりする機会をつくっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーションの取りにくい利用者にとって、自分の意思を示し、職員に伝達できるようになることは、かなり困難なことである。 ・当事業所では「就労移行のためのチェックリスト」をアセスメントシートとして採用しているが、そのチェックリストの項目のうち「あいさつ」「会話」「言葉遣い」「非言語的コミュニケーション」「意思表示」は、コミュニケーション関連項目である。これら項目のアセスメント分析から、個々に応じたコミュニケーション手段・方法が見出しやすくなり、個別支援計画にも取り入れやすくなっている。 ・そのような手順を踏まえて、コミュニケーション支援についての個別的・具体的な対応策を充実させることを期待する。 	

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適切に行っていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 50.0% b) 50.0% 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"> ・利用者とは、日常的な立ち話や作業中の時間などを活用し、職員として本人意思の確認を行うことがしばしばある。また、作業現場へ移動する時間を活用し、職員が進行役になって、意図的に乗り合わせた利用者間で活動の悩みや生活面(将来の希望)のことについてを話し合う機会を設け、相談の機会としている。 ・利用者の選択・決定と理解のための情報提供ができるように、例えば経済的な自立を目指す利用者には、具体的にイメージが描けるように収入のシミュレーションを提示することなどを行っている。 ・相談内容について、例えば一般就労への移行希望など、組織的な対応が必要な案件に関しては、事業所内で協議している。必要に応じて、個別支援計画にも反映させている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は、利用者の意思決定を重視し、状況に応じて対応している。一方、職員自己評価では「取り組んでいるが、確信は持ち難い」という結果である。利用者アンケート調査では、全体的に肯定率が高いが、問題を提起したコメントがあった。これらを受けとめて、利用者自身の意思の表現が尊重され、また守られる支援・相談を課題に、さらなる取り組みを行うよう期待する。 		

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) 50.0% b) 25.0% c) 12.5% 無回答) 12.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の活動について「日中活動は当事業所に来ている時間に行うものであり、余暇活動は当事業所に来ている時間以外に行うものである」と定義している。従って「余暇」については、地域(自宅やグループホーム)で過ごしている時間としている。 ・個別支援計画を見ると、就労継続支援に関する技術、関連する相談、ソフトスキル(生活面・食事、排泄、生活)に関する項目化にとどまる。一方で、個別支援計画の作成時および日常的な会話のなかで生活上の希望等を聞くようにしているので、余暇活動に関する内容は、関係する他機関を紹介したり、話し合ったりするなどして、実現できることを期している。また、ヘルパー派遣や地域生活支援センターなど、余暇活動を提供するサービス事業や機関等を紹介するようにしている ・当事業所の日中活動として、レクリエーションについては、地域の祭りや学園祭にケーキ販売を兼ねて参加するなどしている。また、暑気払いの会、忘年会、研修名目の旅行などを計画し、取り組んできている(2019年度まで)。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当評価における日中活動とは、文化的な生活、余暇、レクリエーションのことを指す。当事業所の個別支援計画においても、日中活動として位置付けている項目・内容については記載することが望ましい。 ・当事業所の方針を貫くためには、事業所の余暇活動等が利用者にとってはどのような意味を持っているのかなどを、改めて検討してみることも必要と思われる。さらなる検討を期待する。 	

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)62.5% b)37.5% 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"> ・行動上で個別的配慮・支援を必要としている利用者は、全盲の利用者1名としている。この利用者の行動特性等を観察・理解し、本人の要望も受け入れつつ、作業について工夫している。例えば草取りでは、他の利用者の実施場所との間にスペースを設けることで、自分が実施する作業領域がわかりやすいようにしている。 ・職員による全盲の利用者の移動支援を繰り返し見ていた他の利用者が、全盲の利用者の手引きを始めた。その後、他の利用者も手引きするなど、全盲の利用者の支援を仲間が担うようになった。これは、支援者の一貫した支援方法があったからこそ、利用者にも参考となって「自分もやってみよう」という気持ちが強化されたと捉えられる。 ・例えば「扉を蹴る」等の不適切行動のある利用者については、職員間で検討し、必要に応じて家族やグループホーム職員等を交えて支援方法を検討している。また、利用者によっては「支援会議」を定例化している場合もある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、法人の研修にも外部研修にも積極的に取り組んでいる。強度行動障害対応養成研修も受講している。 ・ただし、基本となる知的障害の障害論は、あまり身近ではないと実感している。今後、職員として必要な障害に関する専門知識の習得と支援に向け、必要な取り組みを進めていくことを期待する。 	

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。	b
	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)62.5% b)37.5% 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"> ・日常的な生活支援として、昼食は作業所でもあるカフェでつくっている。最近は、カツレツなどの揚げ物は、素材を購入し、厨房で調理する(カツレツを揚げる)ようにしている。これを「内製する」と言っている。利用者の希望を反映させたメニューを、特定の日に実施することも時どきある。 ・入浴や排泄の支援は実施していないが、利用者の清潔の支援には配慮している。頭皮が「ふけ」だらけになっていないかなど、必要に応じて利用者に声かけしている。 ・移動や移乗の支援が必要な利用者は1名だけであるが、手引きから見守り支援になり、実施している。他の利用者が支援するようになり、その輪が広がってきている。そのことについても、職員は見守り支援を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所で使用している「就労移行のためのチェックリスト」では、日常生活の規則についてのチェック項目はあるが、食事・排泄・入浴・移動・移乗などの生活支援の必要性を判断する項目は見られない。 ・現状は、具体的な生活支援を必要とする利用者は多くはないが、確実なアセスメントに基づく個別支援計画の作成と適切な支援が求められる。検討を期待する。 	

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。	a
	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)75.0% b)12.5% c)0.0% 無回答)12.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・視覚障害のある利用者や歩行に不安のある利用者が安全に移動できるように、壁には「手すり」が設えられている。 ・事業所内の利用者が使用するスペース、すなわち作業場、トイレ、休憩室等は、利用者全員で毎日朝・夕の2回の清掃を実施しているの、清潔が保たれている。 ・苦手な利用者同士が休憩時間に離れて過ごせるように、双方に提案し、合意した上でその支援を実施するようにしている。 ・休憩室は2階も活用し、さらには「目隠し」も使用して、個々の利用者が落ち着いて過ごせるように配慮している。 	

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)62.5% b)37.5% 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"> ・作業に必要な手の動かし方、そのことをベースとする作業の手順については、法人内の作業療法士のアドバイスを受け、写真を撮影するなどして方法を示している。 ・作業開始前の体操や、法人として利用者のフレイル予防を目的とするオリジナルの「げんき体操」を示し、それを映像(DVD)化して昼休みに放映し、希望者を対象に体操を実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、ラジオ体操時の利用者の身体の動かし方のごちなさに気づいている。作業・仕事を続けるには、そして生きていくためには、体力・健康づくりが必要である。法人には理学療法士もいるので「協力・依頼は可能」としている。利用者全員について、理学療法士に身体状況を見てもらい、必要な訓練・運動の支援に早速に取り組むことを期待する。 ・今回の評価では、機能訓練や生活訓練は、利用者の最大限の自立と、身体的・精神的・社会的・職業的な能力を達成・維持することなどを目指し、支援するものとしている。利用者は、仕事する人である以前に「健康に生きる人」として存在し、そのことを尊重しなくてはならない。そこで、当法人には、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士が常勤で雇用されている。例えば、個別支援計画策定時の会議にもそれら専門職の参加を依頼し、個別性に対応した取り組みができることを期待する。 	

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。	b
	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)37.5% b)62.5% 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"> ・利用者の日々の健康状態の把握は、体温測定の結果や本人からの報告によっているが、何よりも利用者の「いつもと違う様子」を職員が捉えられるよう心がけている。 ・健康診断などで「体力の維持が必要である」と判断された利用者については、家庭やグループホームでの様子を把握し、運動を個別に働きかけたり、運動についての情報提供を行っている。その結果、家族と一緒にウォーキング行ったり、自動車通勤から自転車通勤に変更したり、縄跳びや筋力トレーニングを始める利用者が見られている。 ・作業開始前の体操や、法人として利用者のフレイル予防を目的とするオリジナルの「げんき体操」を示し、それを映像(DVD)化して昼休みに放映し、希望者を対象に体操を実施している。 ・当事業所では、年1回、利用者の健康診断を実施している。この結果は、法人内の担当看護師が把握した上で、本人に手渡すようにしている。看護師から健康診断の結果に基づいて助言を受け、日々散歩するようになった利用者もいる。 ・法人内で実施している「障害児・者の健康管理等」についての研修に参加している。また「てんかん発作への対応」などの研修も実施され、当事業所の職員が参加している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の「健康チェックリスト」を準備し、体調不良時などに記入するようにしている。 ・通院結果を利用者に確認することもあるが、これは必ずしも実施されているわけではない。 ・現状では、医療的ケアが必要な利用者も、慢性疾患のある利用者もなく(いずれも0名)、当事業所としての課題認識は薄いと言わざるを得ないが、職員自己評価では「健康面についての職員研修をもっと実施してほしい」との自由意見もある。検討を期待する。 	

IV-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。		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)37.5% b)62.5% 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"> ・昼食後に服用する薬を預かっている利用者は4名である。基本的に服薬は自己管理としているが、職員は利用者の服薬状況について目視するようにしている。 ・感染症対策については、保健所主催の研修がある。その他にも法人内看護師連絡会から情報提供を受けることができている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療的支援の実施についての考え方が、明確化されていない。そのことから、職員自己評価では「医療的ケアは、対象者がいないと思われる」という自由意見があり、職員間でも支援方針について戸惑いが生じている可能性もある。検討を期待する。 	

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) 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 50.0% b) 50.0% 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"> ・当事業所は「職場である」との位置づけを重視し、社会参加については「職業上で役立つ外出等」を想定している。最近3年間ほどは、年1回はバスを仕立て「全国障害者技能競技大会」の見学とその後のドライブと外食を行っている。また、他県の就労継続支援B型事業の見学と、その後に公共交通機関利用のスキル育成を目指した観光などを行っている。 ・大学の学園祭や地域のイベントには毎年参加している。また、忘年会(カラオケ)、暑気払いの会(飲食を伴う宴会)も開催している。ただし、2020年度はコロナ禍のため、それらは中止となった。 ・製造したケーキは、定期的に外部で販売する機会をつくり、社会性が向上するように意識している。 ・地元の小中学校に花の苗を植える「花いっぱい運動」の活動をしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公民館の活動についての情報提供や、陶芸教室、料理教室などへの参加奨励等をしているが、利用者はなかなか参加の継続につながりにくい。また、休日や余暇時間に友人と交流する姿もほとんど見受けられない。 ・グループホームが同じ利用者同士では、それなりの交流は見られるので、改めて「利用者の社会参加支援とは何か」について検討し、必要と思われる支援に取り組むことを期待する。 	

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) 50.0% b) 50.0% 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"> ・当事業所の利用者の半数は自宅生活者で、残りの半数はグループホーム生活者である。自宅生活者には、希望に応じて「グループホーム生活体験」を実施し、一方でグループホーム生活者には「一人暮らし体験」等を行ってもらっている。 ・地域生活のことについては、事例に基づく説明を行う機会を設けている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談支援専門員の助言のもと、利用者本人が希望して地域生活のための準備が進んでも、地域で生活することについて、家族から賛同を得ることは困難な場合が多い。 ・「親亡き後のことを職員とともに考えよう」などとして勧めてはいるが、障害のあるわが子の地域生活への移行は、家族にとっては考えにくいことのようにある。そのような家族の思いをさらに理解できるように、職員が利用者とのかかわり方について工夫し、利用者本人と家族の双方が望む地域生活支援が実践できることを課題に取り組むことを期待する。 	

IV-2-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

IV-2-2-(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)62.5% b)0.0% 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"> ・利用者の生活状況を家族に報告する方法として、週1回の「家庭連絡票」と日々の「連絡帳」の活用がある。前者は10名ほどが、また後者は2名の家族が希望し、それぞれの方法によって家族に状況を報告している。なお、次年度からはスマートフォン等を使用して記録の共有ができるインターネット・アプリケーション「ケアコラボ」を導入することになっている。 ・家族との個別面談は、個別支援計画、モニタリングの機会に、年2回実施している。その場で、個々に意見交換している。 ・家族会の開催はないが、年2回、家族の慰労会としてビアガーデンや忘年会を実施している。当事業所では、そのような機会を利用して、ざっくばらんに家族からの問い合わせに応じるようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、利用者が地域生活へ移行できることを意図して「どのように家族が学び、協力してくれるのか」という視点から、家族に対して期待することが多く見受けられる。 ・利用者のために、そのような家族支援は重要であるが、同時に「家族が何に悩み、不安に思っているのか」「家族はどうしたいと考えているのか」などについて、改めて傾聴してみると、新たな家族支援の方向性が見出せるようになるのではないかと考える。そのような視点からの検討を行うことを期待する。 	

IV-4 就労支援

IV-4-1 就労支援

IV-4-1-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	b
	b) 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)62.5% b)37.5% 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"> ・3カ所の事業所では、職員と利用者の合同朝礼を毎日実施している。このときには『クムレ10の心得』を全員で唱和している。この法人の示す心得は、働く者としての心得であり、職員にも利用者にも共通する内容であるとの考え方のもと、全員での唱和を実行している。 ・朝礼・終礼の場では、司会を担当する利用者は「本日の目標」を発表する。また、終礼では、全員が「本日頑張ったこと」を報告し、自分の意見を表明する機会、他者の意見を傾聴する機会となるようにしている。 ・働く意欲の維持・向上のための工夫として、今年度は「クレドカード」を作成した。名刺の大きさのこのカードには「自分の夢」を書き、常に携帯するようにしている。利用者は「クレドカード」を折々に見返すことで、自身の夢を確認できるように工夫している。 ・作業種として、以前は内職仕事を行ってきたが、利用者の意欲が高まらないことから、現在は自主活動のみを実施している。ケーキづくり、洗車、掃除、カフェなど、職種は多様化してきている。また、これまでは法人内の3事業所が職場となっていたが、今年度は、サッカー場整備業務を受託し、施設外就労に広げることができている。 ・近い将来、一般就労を目指している利用者については、できる限り同一の作業に参加してもらうことで、作業の場が利用者同士の情報交換の機会となり、連帯感の醸成が図られている。 ・職員がファシリテーターになり、ケーキ製造では新商品の開発を、またカフェでは次月のランチメニューについて、それぞれの作業を担当する利用者同士で商品開発やメニューを決める話し合いを行っている。これは、意見交換や自己主張の技術を身につけることを意図している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「就労移行支援におけるチェックリスト」でアセスメントを実施している。これは就労の直接課題だけでなく、日常生活実践力もアセスメントできるようにしている。挨拶や清潔などのマナー等への支援についても、個別支援計画に掲げ、成果を上げている利用者がある。 ・そのような取り組みを拡大し、成果を確認できるように一層の充実を目指していくことを期待する。 	

IV-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	b
	b) 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)62.5% b)37.5% 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"> ・作業参加への支援として、利用者の作業スキルに合わせて本人が間違いなく行えるまで見守り、助言や手助け等を実施して支えている。 ・利用者が選択できるように、例えばケーキの販路を増やすなどの取り組みにより、利用者はこれまでの作業に加えて多様な仕事の内容・工程等を体験できるようになっている。 ・工賃を引き上げる努力が成果を結び、2019年度の実績では、前年度比115%増の23,689円であった。これは、作業種を内職から環境整備などの作業に切り替えたこと、カフェでの惣菜内製でコストダウンを図ったこと、請負代金の値上げ交渉などによる成果である。この先も「目指せ30,000円」を合い言葉に、さらなる創意工夫を続けているところである。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・工賃規程は定められている。その第1条の「目的」から、第9条の「諸帳簿」の規定に至るまで、必要事項が掲げられ、定められている。さらに、別紙として、洗車、カフェ、ケーキの事業については、それぞれの規程等が定められている。 ・しかし、利用者調査の結果では、工賃について「わかりやすい」という回答は5割弱で、「どちらともいえない」が2割、「いいえ」が2割弱であった。自由コメント欄にも、複数の利用者が「工賃のしくみがよくわからない」と記載している。利用者がより理解しやすいように、表記の方法などについて工夫する必要がある。今後の改善を期待する。 	

IV-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。		評価
判断基準	a) 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	b
	b) 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っているが、十分ではない。	
	c) 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)12.1% b)75.0% c)12.5% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般就労を希望する利用者については「就業・生活支援センター」の活用を検討している。 ・年々、職場や受注先の開拓を行い、今年度も「サッカーグラウンドの整備」を受注するなど、成果を上げている。 ・利用者本人の意向を踏まえ、法人の直接雇用としての就労先に結びつけた。この利用者とは定期的に面談を行うなど、職場定着等のための支援を実施している。 ・地域商工会とのつながり等から、障害者雇用している会社の見学をしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、洗車、カフェ、ケーキ製造のいずれも法人内での作業・販売で、就職も法人内直接雇用となっている。 ・今後、さらに法人外にも職域を広げ、就職活動の支援や職場定着支援等の取り組み、工夫を重ねる方針を明確化していくことを期待する。 	