

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：生活介護 わきあいあい	種別：生活介護
代表者：田坂 里美	定員（20名）／契約数：生活介護26名
所在地：岡山県倉敷市庄新町9-3-6	
電 話：086-461-0015	ホームページ：https://www.cumre.or.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：1993（平成5）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：8名 非常勤職員：7名
専門職員	介護福祉士：4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：1名
施設・設備の概要	事務室：1室 多目的室（デイルーム）：2室 相談室：2室 スヌーズレンルーム：1室 台 所：1室 トイレ：2カ所 浴室・脱衣所：1室

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

- ・ワークショップ（ジョイント）の導入、陶芸活動（指導は外部講師に來所してもらう）、アート活動、タクティールケアなど、利用者個人のニーズに沿った多種多様な活動を提供している
- ・作業を導入し、バザーなどで利用者とともに販売に出かけて、収入を得ることを考えている（収入は利用者に還元する）
- ・買い物・掃除・簡単な料理など、自立に向けた取り組みを実施している
- ・庄新町の住宅街の中央に位置する立地条件を活かして、地域との交流を大切にしている（清掃活動、地域の行事への参加、小学校・中学校との交流など）。
- ・地域を元気にする活動として、毎月1回、オレンジカフェを実施している。

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2月22日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回

⑥ 総 評

◇特に評価の高い点

1. 管理者は、これまでの経験を生かしながらサービスの質の向上や業務改善にリーダーシップを発揮し、意欲的に取り組んでいる

管理者は、就任後の期間は短いものの、サービスの質の向上や業務改善にリーダーシップを発揮し、意欲的に取り組んでいる。

強度行動障害の利用者が少なくないなかで、これまでの経験を生かしながら、現場に出向いて支援に参加し、OJT の機会として活用している。また、サービス管理責任者とともに、職員会議等を通じて職員ときめ細かなコミュニケーションを図り、利用者支援の向上や日中活動の充実に努めている。また当事業所の建物は老朽化による課題は多いものの、建物や敷地内の設備を計画的・段階的に修繕して、利用者のための設備・環境の改善を図っている。

職員自己評価の結果においても「管理者はサービスの質の向上に意欲的である」「指導力を発揮している」と、管理者の姿勢を評価する意見が複数あげられている。

2. 個別支援計画の作成にあたっては利用者の意向を把握し、その活用を大切にしている

アセスメントから個別支援計画を作成していくプロセスは、マニュアルの「個別支援計画書作成」に文書化・明確化され、サービス管理責任者と利用者担当職員が連携し、これに取り組んでいる。

そのプロセスでは利用者の要望・意向を聞き取る機会を計画し、個別支援計画作成やモニタリングに活用している。また、開始時には利用者家族へ「支援に関する要望書」の記載・提出を依頼し、6カ月ごとのモニタリング時にも、再度家族から「要望書」を提出してもらっている。支援に関する要望等を利用者本人が記載できる場合は、本人にも記載を依頼し、その意向を確認して要望・意向等を重視した個別支援計画の作成に取り組み、個別支援計画の内容に関する説明も実施している。

摂食・嚥下障害リスクがあると判断した利用者については、法人内の言語療法士および管理栄養士に来訪を依頼し、そのアセスメント結果の報告を得て、個別支援計画の作成に活用している。

今回の第三者評価の利用者アンケート調査の結果では「個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか」の質問項目では「はい」の回答率は9割に近く、また「サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか」の質問項目でも「はい」は75.0%と高率であり、利用者主体の支援に取り組んでいることを裏づけている。

なお、個別支援計画の作成プロセスについては、さらなる充実も課題で、現状は看護職からは意見を聞くにとどまり、サービス担当者会議の定期的な開催およびマニュアル化もできていない。取り組みを期待する。

3. 利用者の意思を尊重する支援として、相談等への適切な対応を行っている

個別支援計画の作成（モニタリングも含む）では、利用者家族から年2回「支援に対する要望書」を確実に提出してもらうようにしている。この要望書は「意思伝達」「社会生活、地域生活」など8つの項目領域が用意されていることで、利用者が自分自身の要望に気づきやすくなるように工夫されている点が特徴である。事業所側は、この要望書を受けて、事業所として取り組めること、さらにどのように取り組めるかを記述する。利用者・家族は、そのコメントの内容を理解した上で要望書に署名するが、

このステップを着実に実施していることが、何より利用者の意思の尊重であると評価できる。こうして作成された個別支援計画書は、本人・家族の意思を尊重した内容となっている。

また、日常の支援では「利用者は個々に異なった個人である」という原則に立脚し、なおかつ利用者個人の「いま・ここで」の状況がどうであるかを理解しようとする態度も貫かれている。具体的には、傾聴を重視する姿勢、利用者の「毎日来るのしんどい」等の発言から本人の生活状況を含めて洞察する力量など秀でている。

そのような取り組みである当事業所の「利用者の意思を尊重する支援」は、優れた実践であると評価する。

4. 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段を確保し、必要な支援を行っている

個々の利用者とのかかわりについては、傾聴の適切さや、利用者を個人として捉える職員の洞察力が功を奏して、利用者が「かかわりたい」と思う意欲の醸成に寄与している。また、利用者の障害特性に応じて現物を提示したり、イラスト・写真を用意する等の取り組みもきめ細かく実践している。

言語によるコミュニケーションについても、本人からの「待つてほしいときもある」等の発言を重視して、会話のテンポ、リズム、間合いなどの受け応えについて、個に応じた配慮を行っている。

特記したい取り組みとして「ホワイトボードの活用」があげられる。当事業所ではホワイトボードに当日の活動や利用者の写真等を掲示し、利用者がわかりやすくするためのツールとして利用してきた。ところが、あるときに、利用者が「ホワイトボードを見て点呼すること」を楽しみ始めた。その様子が「利用者の名前を呼ぶ役割」や「食事のときの挨拶の役割」等を創出していく取り組みにつながった。名前を呼ぶ役割の利用者がいて、自分の名前を呼ばれて返事をする仲間がいる。そのような利用者間のコミュニケーションが生まれてきたのである。

この実践から、職員は「コミュニケーション手段を確保する取り組みには、もっと可能性があるはずである」と期待を持ち、さらなる取り組み意欲につながっている。

利用者のちょっとした行動をしっかり把握し、そこから発展的なコミュニケーション関係をつくっていきける職員を評価し、今後のさらなる取り組みを大いに期待する。

◇特に改善を求められる点

1. 経営層および一般職員の人員体制が安定しない状態が続いているため、中・長期的観点から事業所の体制強化に向けた方針を明確化することが求められる

当事業所は、同じ法人が経営していた高齢者対象の事業所であった建物（一軒家）を引き継いで開設された。この事業所の開設は法人内では比較的新しく、2017（平成29）年4月で、今年度で4年目を迎えている。

しかし、昨年度には管理者は兼務を含めて4名が交代し、さらに休暇中の正職員も複数いて、現場は嘱託職員を中心とする体制にならざるを得ないなど、事業所の経営層および一般職員の人員体制が安定しない状態が続いている。また、同じ倉敷拠点内の入所施設との関係や位置づけも短期間に変更されるなど、法人内における当事業所の位置づけや方向性は、中・長期的な観点からも、必ずしも明確でない

こともうかがわれる状況である。看護師の増員など一部に動きが出てきているとはいえ、法人の適切な関与も含めて、当事業所の体制強化に向け、方針を明確化することが求められる。

2. 機能訓練と生活訓練のさらなる充実を期待する

当事業所は、利用者の健康増進のために、ラジオ体操や長距離・短距離歩行を実施している。しかし、単なる健康増進の目的だけではなく、当事業所では、これらの取り組みを機能訓練としても位置づけている。法人内の作業療法士に訓練プログラムを作成してもらって訓練を実施している利用者もいるし、車椅子の利用者に対しても、医師からの指示書を受けて、機能訓練指導員のトレーニングプログラムによる訓練を実施している。

しかし実際には、その他の利用者についても、リハビリテーション専門職による訓練の実施は有用なはずである。あるいは利用者の体力増進のためであっても、体操や歩行についての機能面のチェックを行うことは欠かせない。

法人内の作業療法士との関係はすでに構築され、当事業所から依頼すれば、応じてくれるつながりはできている。現状では、リハビリテーション専門職による支援を必要とする特定の利用者のみを対象としているが、利用者の状況からは、さらに対象者を拡大していくことが望まれる。リハビリテーション専門職に当事業所の利用者全員を診てもらい、支援員が実施できる訓練（運動）プログラムを作成した上で、当事業所内で訓練を実践できるように取り組むことを期待する。

利用者に提供している支援の質を向上させていくためにも、積極的に法人や他の事業所に対し支援の依頼を訴え、法人の理解のもと、機能訓練・生活訓練が充実することを期待する。

3. 利用者の健康管理を行い、医療的な支援を提供することについて、さらなる充実を図ることを課題とし、そのためには医療職を適切に活用する必要がある

当事業所には常勤看護師1名と非常勤看護師（嘱託職員B）1名が配属されているが、常勤看護師は年度内異動があり、定着しているとは言い難い状況である。現在、事業所として看護師業務のあり方について模索しているところで、配属された看護師の有効活用が課題となっている。

現状は、看護師は利用者の日常的な健康管理として血圧測定などのバイタルサインのチェックを担当するとともに、必要に応じて「排便記録」をつけて、その状況について把握している。さらに支援員は「連絡帳」の記載などから必要な利用者をピックアップし、看護師につなげるようにしている。また、看護師は、健康診断の結果を家族に伝えるなどの業務を実施している。これらすでに看護師として実施している支援内容を「看護マニュアル」として明確化し、当事業所の看護師業務として位置づけていくことが求められる。

これまでは、従来からの踏襲で、緊急時には法人内他事業所の看護師に連絡し、指示を受けていた。そのことについても再度見直し、医療的支援についての「緊急時対応マニュアル」の内容を改めて検討することも必要と考えられる。併せて「服薬マニュアル」や「発作時マニュアル」についても、活用の充実と内容の見直しを行うことが望まれる。

また、職員に対する研修の実施についても、感染症の知識を学び、感染防止のための実地訓練を行う場合（吐瀉物処理、消毒方法の訓練等）は、事業所内看護師による悉皆研修とすることが有効であると思われる。せつかく当事業所に配属されている看護師を、ぜひ有効活用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

事前に提出した自己評価や当事業所の資料、2日間の聞き取り調査で、きちんと評価していただけることに驚きました。駄目なことだけでなく、きちんとよいところを評価していただいたことで気持ちが前向きになりました。

今回の評価を受けたことで「何をしなければいけないのか」が明確になりました。改善点は、早急に整えていきたいと思えます。

管理者が赴任してまだ数カ月で評価を受けることとなり、正直なところ、もう少し猶予がほしいとも思いましたが、評価を受けてよかったです。この評価結果を今後のよりよい事業所運営に活かしていきたいと考えます。本当にありがとうございました。

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.7～37）。

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。

【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)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"> ・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、地域の方々と「ともに」という考え方を包含したものである。 ・法人では正職員と嘱託職員A(以下、2タイプをまとめて正規職員とする)にブランドブック(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』)を携行させている。 ・法人としては、嘱託職員B(非常勤職員)などには名刺サイズのカードに理念等を記載したものを持たせている。非常勤職員に対しても法人の基本理念等の理解浸透を図るために、全員を対象に研修を行っている。また、新採用時研修、年度初回の研修でも全職員を対象に研修会で説明している。さらに、各種会議の際には唱和することをルール化している。 ・事業所では職員会議(毎月、正規職員で実施)の開始時に法人の「スローガン」『クムレ10の心得』を唱和している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として基本理念等を定め、法人内外に浸透するよう工夫している。しかし、当事業所では職員会議での唱和以外では、特に職員に対する意識的な周知の取り組みはなく、また利用者・家族については特段の取り組みはない。 ・基本理念等は、法人および事業所が提供するサービスに関する考え方の基本であり、正規職員に留まらず、全職員はもとより、利用者とその家族、さらに地域社会に周知し、理解を促すことが重要である。取り組みの強化を期待する。 	

I-2 経営状況の把握

I-2-1(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。	b
	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)28.6% b)28.6% c)28.6% 無回答)14.3%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に関しては、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。 ・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」および「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。 ・当事業所の事業開始は2017年4月からで、当法人内では比較的新しい。倉敷拠点の事業所の一つに位置づけられている。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。 ・当事業所では、前年度における管理者の頻繁な人事異動や嘱託職員中心にならざるを得ない職員体制のほか、建物の老朽化等の課題を抱え、現管理者はそれらを踏まえて上席職員との継続的な協議を行っている。また、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。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・そのため、自事業所に関する主体的な経営状況の把握等の取り組みは特には行っていないが、抱えている課題に対して、法人内の体制のなかで現状と課題を把握している。事業経営の継続性を見通したサービス提供に努める観点から、経営環境の適切な把握と分析が重要である。さらなる取り組みを期待する。 	

【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。	b
	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) 14.3% b) 50.0% c) 14.3% 無回答) 21.4%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む体制を整えている。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て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(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)を開催し、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「歩・ミーティング」に属し、その所管する事業に参加している。 ・当事業所では、職員の体制が厳しいことや建物の老朽化の進行などの課題を抱えるなかで、職員(看護師)の増員、事業計画に基づく外壁や雨漏りへの対策、スロープの設置など、建物や敷地内の段階的な修繕に取り組んでいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・一方、当事業所では、職員体制の整備や計画的な建物修繕などに取り組んでいるとはいえ、十分ではなく、また管理者は「経営課題に関する職員への周知や共有も十分ではない」としている。さらなる取り組みの強化を期待する。 	

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) 42.9% b) 35.7% c) 0.0% 無回答) 21.4%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、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」を目指して「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について明示している。 ・中期経営計画は、外部環境などの変化に応じて随時見直している。見直す場合には、執行役員が検討して経営会議で承認されるしくみである。 ・当事業所では、法人の方針に基づき、中期経営計画をもとにした事業所ごとの「これからのありたい姿」を取りまとめている。 	

【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)42.9% b)28.6% c)0.0% 無回答)28.6%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するしくみである。 ・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、記述内容が具体的なものになるよう工夫に努めている。 ・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は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、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、取り組みを期待する。 	

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、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)7.1% b)42.9% c)14.3% 無回答)35.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今年度の当事業所の事業計画は、法人本部が示す枠組みやスケジュール等に従い、前管理者が拠点の事業計画案と前年度の取り組みを振り返りながら、サービス管理責任者や正職員の意見を踏まえて策定したものである。現管理者は、まだ単年度事業計画の策定に携わっていないが、策定方法については改めて検討してく予定である。 ・事業計画は、職員には年度当初の職員会議で説明して周知し、進捗状況は毎月の職員会議で振り返り、年2回定期的に見直しを行う機会を設けている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は、管理者が全体的な状況を把握して原案を作成しているとはいえ、その過程における職員参加の機会は明確には位置づけられてはいない。 ・また、職員会議で職員に対して説明はしているものの、理解を促す取り組みとして十分とは言えず、今回の職員自己評価の結果でも「職員への周知」を課題として指摘する意見が複数見られた。 ・事業計画は、計画実行の担い手である職員に対して十分な理解促進の取り組みを行うことが求められ、またその策定過程や振り返りの機会においては、できる限り職員が参加し、意見を集約・反映させていくことが重要である。取り組みの強化を期待する。 	

【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) 14.3% b) 50.0% c) 14.3% 無回答) 21.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該年度の事業の方針等について、利用者には広報誌(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、行事などを説明して。 ・利用者に対しては、事業計画について説明する機会は特に設けられていない。なお、今年度は新たに「家族懇談会」の開催を予定していたが、中止となっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の広報誌の配布などによって、利用者や家族に対して当該年度における事業の方針や計画は周知している。しかし、当事業所では、利用者等に対する周知には特に取り組んでいない。 ・事業計画は、利用者に提供するサービスに関する事項であるため、その主な内容はわかりやすく工夫する方法によって利用者や家族等に周知し、内容についての理解を促すことが重要である。利用者や家族に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期待する。 	

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) 35.7% b) 35.7% c) 7.1% 無回答) 21.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人に「サービス向上委員会」を設置して、その「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数年ごとの計画的な第三者評価受審の実施、受審結果の集約・分析、さらに法人役員や職員等を対象とした「報告会」を開催し、受審事業所による改善計画の発表の機会を設けている。 ・当事業所の今回の第三者評価の受審は初めてである。今回の受審結果については、早急に改善すべきことについては職員会議で話し合い、順次改善していく方針である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の初めての第三者評価の受審は、法人のサービスの質の向上のための組織的・計画的な取り組みの一環として行ったものである。一方で、事業所内では、管理者等による日常的な助言、職員会議でのケース検討などによって質の向上に努めてはいるものの、組織的なPDCAサイクルを意識した取り組みとしては十分とは言えない。 ・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を契機に、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。 	

【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)21.4% b)50.0% c)0.0% 無回答)28.6%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て、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、具体化していくしくみである。 ・当事業所の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、改善計画を策定し、その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を実施することを期待する。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、各事業所において計画的な改善の実施に向けたしくみを整備し、それぞれの取り組みを促している。しかし、当事業所では管理者およびサービス管理責任者の人事異動や職員体制が十分でないことなどから、計画的な改善の取り組みの実施については課題を抱えている。 ・管理者等による職員への助言や職員会議での話し合いなど、当事業所ではサービスの質の向上のための日常的な取り組みは行われているので、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、改善計画を策定し、その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を実施することを期待する。 	

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)57.1% b)35.7% c)0.0% 無回答)7.1%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。 ・管理者には、他法人の入所施設における勤務経験や、障害分野の事業所における管理者経験がある。昨年度の途中で当法人の他事業所の職員として採用され、昨年度末の3月から、当事業所の管理者に就任したところである。管理者としては、法人の方針を適切に理解し、それを事業所内に落とし込んでいくとともに、事業所の目指しているところに向かう職員集団づくりを進めることを自らの課題として考えている。また、利用者支援はもとより、地域貢献の推進と働きやすい職場環境づくりを進めたいとしている。 ・当事業所における管理者の役割は、年度ごとに「分掌等配置」を作成し、職員に明示している。 ・昨年度から今年度にかけて、管理者を含む職員の人事異動が続いたこと、また現状では正規職員が長期休暇等で不在のため、嘱託職員B(非常勤職員)を中心とする体制であることなどから、事業所の運営に苦慮している状況にある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他事業所において管理者経験があるとは言え、管理者として就任1年目であり、人事異動や職員体制などからも、管理者自身に戸惑いがあるとしている。 ・小規模な事業所であり、職員数も少ないことから、朝礼や適宜のコミュニケーションを図るなかで職員との信頼関係の構築に努めているが、事業所内での管理者としての役割と責任を明示したり、会議で伝えたりするなどの取り組みは明確ではない。取り組みの強化を期待する 	

【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。	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)28.6% b)57.1% c)0.0% 無回答)14.3%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、行政の集団指導などの機会によって、運営に必要な法令の理解に努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は「法令遵守の観点での経営に関する研修の機会に参加できていない。また、職員の理解を促進するための取り組みも十分ではない」としている。 ・管理者自らが、遵守すべき法令等に関して適切な理解を進めるとともに、職員に対しても、同様の理解の促進に向けて、管理者としてのリーダーシップを発揮することが求められる。 ・法人内外の研修への参加なども含めて、取り組みの強化を期待する。 	

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)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"> ・管理者は、職員体制が厳しいこともあって、現場の支援に入る機会が多い。そのなかで、当事業所には強度行動障害の利用者が複数いるが、サービス管理責任者と生活支援員(正規職員)以外に、自らも含めて専門的な知識を持った職員が少ないことを課題としている。そのため、サービス管理責任者等の持つ知識を、事業所内の支援全体の向上につなげていきたいと考えている。 ・管理者は、職員会議や日常業務のなかで各利用者への支援のあり方について職員と話し合い、サービスの質の向上に努めている。また、自らの考え方を先に表明するより、職員の意向を聞き、そのことを支援に反映させる姿勢で職務にあたっている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者はサービスの質の向上に意欲を持ち、職員体制が厳しいなかであって、これまでの経験を生かしながら職員とのきめ細かなコミュニケーションを通じて事業所内のサービスの質の向上に努めている。今回の職員自己評価では「管理者はサービスの質の向上に意欲的」「積極的に職員の意見を聞いてサービスの質の向上に取り組んでいる」「指導力を発揮している」等の意見が出ている。 ・なお、管理者には、責任者として事業所が提供している支援の質に関する現状と課題を適切に理解した上で、職員に対して指導力を発揮して組織的な取り組みを底上げしていく役割が求められる。さらなる取り組みを期待する。 	

【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) 50.0% b) 28.6% c) 14.3% 無回答) 7.1%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。そのため、管理者は月ごとの利用者の動向等を拠点会議で報告しているものの、人事、労務、財務に関する業務には直接的な関与をしていない。 ・管理者は「稼働率をできる限り100%に近づけて、経営の安定化を図ろう」と職員に伝えている。また、働き方改革の取り組みの一環として、時間外勤務を減らして定時退社に努めることや、休憩時間の確保など、業務の改善について職員会議で何度か話題にして職員に投げかけている。なお、現在は新型コロナウイルス感染症対策のため利用者と職員を2グループに分け、場所も2カ所に分けて活動していることから、職員の負担を減らすことが難しく、苦慮している。 ・管理者は、職員体制の改善と看護師の専門性を生かした支援環境の整備をしていきたいと考えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人事、労務、財務等については、主に法人が担うしくみであるが、管理者は長期休暇の職員がいることによる体制的な課題への対応や看護師を含めた多職種連携と役割分担のあり方などに腐心しつつも、業務改善に向けた指導力の発揮に努めている。職員自己評価では「業務改善や職員の意識改革に取り組んでいる」「経営改善等に指導力を発揮している」といった声があがっている。 ・法人本部との役割分担について踏まえながら、管理者にはより適切に業務の実効性を高める取り組みにおいて指導力を発揮していくことが求められる。さらなる取り組みを期待する。 	

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) 21.4% b) 35.7% c) 28.6% 無回答) 14.3%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い、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、当事業所で何らかの課題があった場合には、上席の職員に相談し、対応等を図っている。 ・ここ数年は管理者の異動が頻繁にあったこと、また現状では正規職員より嘱託職員B(非常勤職員)の人数が多い体制で運営されていることなど、人員体制の面で当事業所は課題が多い。 <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。 ・しかし、当事業所の職員体制は、法人全体のなかでの調整に基づいて決定されるものとはいえ、結果的に人員体制についての課題が多く、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)21.4% b)35.7% c)35.7% 無回答)7.1%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。 <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。 ・なお、管理者は「人事基準等に関することについて、職員への周知が十分でない」としている。さらなる取組みに期待する。 	

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)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"> ・法人として、今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。 ・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、昨年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就業状況や意向の把握に努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、労務管理の電子化をはじめ、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、クムパートナー制度で職員の組み合わせは決めているものの、日常的な対話の機会が十分には持てないことなどの課題も感じている。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」「組織の魅力を高める取組みや働きやすい職場づくり」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、さらなる取組みに期待する。 	

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。	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)21.4% b)57.1% c)21.4% 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。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、職員育成・研修のしくみと連動した個々の職員の目標管理のしくみを整備している。 ・しかし、当事業所では嘱託職員B(非常勤職員)中心の体制となっているため、個別の面談はあるものの、所定のシートの作成ではなく、課題や目標の明確化は実質的に十分には行われていない。管理者は「職員一人ひとりの育成に向けた取り組みとして課題がある」としている。さらなる取り組みに期待する。 	

【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)14.3% b)64.3% c)7.1% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では、職員のキャリアアップ支援を重要施策として位置づけ、「キャリアパス推進室」を設けて職員の教育・研修に関する計画や見直しに取り組んでいる。キャリアアップのしくみは「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」によって構成され、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、評価制度が連動したしくみである。 ・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、事業所内研修を事業計画に「年間研修計画」として明示している。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。 ・嘱託職員B(非常勤職員)については、クムパートナーは決めているが、現状では職員間で相談して随時の指導にあたっている。当事業所の支援の特性、課題、現行の職員体制のなかで必要となる知識や技術を明らかにしながら研修テーマを設定すること、OJTのあり方の検討など、事業所内研修計画の充実と、その確実な実施に向けて、取り組みの強化を期待する。 	

【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)21.4% b)57.1% c)21.4% 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。これは、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、社会人および職業人として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的に行うもので、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チェックするとともに、指導を受けている職員が2週間ごとに「研修ノート」に業務に関する所感を書き、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し、指導することがルールとなっている。なお、この制度は、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。同じ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には、正職員を中心に参加させている。 <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機会は設けられている。 ・しかし、当事業所では、クムパートナーの組み合わせは決めているものの、事実上このしくみは機能せずに形骸化し、管理者は「当事業所の実態に合っていない部分がある」として課題と考えている。また、事業所内研修の参加対象は正職員を中心に想定され、外部研修の情報も職員への情報提供はほとんど行っていないなど、課題が多い。 ・個々の職員の研修課題の明確化を図りつつ、より適切な研修機会の充実を図ることを期待する。 	

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。	b
	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)14.3% b)21.4% c)42.9% 無回答)21.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生を受け入れる意向はあるが、これまでには実績がなく、そのため当事業所では、実習生の受け入れに関する体制やマニュアルについては整備していない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所としては「依頼があれば対応することは可能である」という考え方である。 ・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と、マニュアルの整備など、体制の強化を図ることが課題である。取り組みの強化を期待する。 	

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

Ⅱ-3-1(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)-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)42.9% b)35.7% c)7.1% 無回答)14.3%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」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(Instagram)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推移している。 ・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、倉敷拠点内での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け付けた内容に関する情報については発信・公表していない。しかし、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、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重要である。さらなる取り組みに期待する。 	

【22】Ⅱ-3-1(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)42.9% b)35.7% c)14.3% 無回答)7.1%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もらっている。この結果は、経営会議などで共有している。 ・今年度は、監査法人による内部監査(事業活動や会計等)を受けるため、その準備中である。 	

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。また、当事業所のある倉敷地域(拠点)の地域交流拠点「ひろば栗の家(くりのおうち)」の諸活動を通じ、取り組みの方向性を明示している。 ・当事業所では、事業計画における重点目標として「支え支えられる地域との関係性のなかで、どんなに重たい障害があっても、チャレンジ精神を持って元気に地域で生活できる環境や場づくり」掲げている。具体的には「町内パトロール」として利用者が毎朝、体力づくりも兼ねて近隣を歩いて地域住民との挨拶を交わして清掃活動などにも取り組み、また当事業所を会場にして、従前から「座談会」と称する地域住民と利用者・職員がコンサートなどのイベントや交流を行う機会を設けてきている(現在は「オレンジカフェ」の取り組みの一つとして位置づけている)。 ・その他に、公民館の行事(夏祭りなど)に参加する取り組みがある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域とのかかわり方については、法人の方針に基づき、当事業所でも重点目標に位置づけて取り組んでいる。 ・利用者と地域の人たちとの交流、利用者の活動範囲をより広げるための取り組みは、利用者にとってはもとより、事業所にとっても重要である。当事業所では、地域の行事には利用者とともに積極的に出向きたいとしているので、今後のさらなる取り組みに期待する。 	

【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)21.4% b)57.1% c)21.4% 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位置づけて、各事業所の取り組みや季節イベントなどを担うボランティアを常時募集し、活動者には「くみしいききポイント」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の交換ができるという取り組みを行っている。なお、当事業所もボランティアの受け入れ事業所の一つに位置づけられている。 ・当事業所では、現在までのところはボランティアの受け入れ実績は少ないが、倉敷拠点の「倉敷拠点内公益活動推進ミーティング」の活動においてボランティア募集のパンフレットを作成中であり、駐車場の草取り、利用者支援の補助活動(活動の補助:折り紙、手芸など)の担当者数名を募集したいと考えている。 ・その他に、学校教育への協力として、利用者がプランターに植えた花を地域の小・中学校に持って行き、定期的にその水やりに出向く取り組みを行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、ボランティアの受け入れには積極的に取り組んでいる。なお、当事業所では、これまで敷地内駐車場の草取りを地域住民が手伝ってくれるなどの交流活動はあったが、ボランティアの位置づけやマニュアルの作成を含めたボランティア受け入れ体制を整備する取り組みについては十分ではない。 ・ボランティアの拡充は、福祉事業所としての重要課題であり、現在ではボランティアの活動領域も多様化している。今後の方針の明確化と取り組みの強化を期待する。 	

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)28.6% b)42.9% c)14.3% 無回答)14.3%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、事業計画に「関係機関との情報共有」を掲げ、そのなかで「多機関との活発なケア会議」に取り組むとしている。 ・日常の利用者支援においては、主にサービス管理責任者が窓口になって、相談支援事業所、地域のグループホーム、医療機関との関係をつくっている。また、訪問による歯科検診(月1回)を受けている利用者も複数名いる。その他に、法人内他事業所の作業療法士からは、必要に応じて助言を受けることができる。 ・地域までを対象とする人権擁護の取り組みとして、中学校区における「人権学習推進委員会」に参画し、そのイベントに参加・協力している(今年度は中止)。また、防犯の観点から、駐在所や公民館の館長との連携を図っている。 ・主に当事業所の管理者が、地域の生活介護事業所連絡会、市内の心身障害者連絡協議会、倉敷拠点内の生活介護看護師連絡会などに参加している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個々の利用者支援に関係する機関とは必要に応じて連携を図っているが、社会資源のリスト化や、各機関との関係、役割、連絡方法などを体系的に明示する取り組みにまでには至っていない。 ・職員間における情報共有を含めて、さらなる取り組みの強化を期待する。 	

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。	b
	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)28.6% b)42.9% c)7.1% 無回答)21.4%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、倉敷拠点での「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組を行っている。 ・事業所では、地域の諸会議への参加、オレンジカフェ(認知症カフェ)の実施(毎月1回、「座談会」を含む)、地域の清掃活動への参加、などの機会が地域の福祉ニーズにつながる情報を入手する機会となっている。 <p>■ 改善課題</p> <p>法人では地域共生社会の実現に向けて各拠点による様々な事業を拡充させているが、当事業所では特に福祉ニーズ・生活課題等を把握するための主体的な取組みは行っていない。</p> <p>法人の方針に基づき、当事業所の特性を生かしながら、より主体的に地域の福祉ニーズを把握することが重要である。その過程における職員の理解と参加の促進も含め、さらなる取組みに期待する。</p>	

【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。	b
	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)28.6% b)42.9% c)7.1% 無回答)21.4%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、倉敷および水島の各拠点において、居住支援(障害や低所得などのために住宅の確保が難しいケースを支援する)、中間的就労(さまざまな事情で働くことが難しいケースについて、働く機会や場を提供したり、相談を受けるなどの支援を行う)、ボランティア活動の振興(いきいきボランティアの取り組み)のほか、各法人内事業所において公益活動の拡充を進めている。 ・当事業所では、毎月1回のオレンジカフェ(認知症カフェ)の実施(「座談会」を含む)、地域の清掃活動への参加などに取り組んでいる。なお、座談会では、地域の高齢者を事業所に招き、健康体操、ヨガ、脳トレーニングクイズ、季節行事などを行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人をあげて「地域共生社会づくり」を目標に掲げ、公益的な活動を拡充してきている。 ・当事業所においては、同じ建物でデイサービス事業を実施していた頃からの地域住民とのかかわりを活かして、座談会(現行では「オレンジカフェ」の事業の一つとなっている)の取り組みを継続的に行っている。 ・法人の方針に則り、当事業所の特徴を生かしながら、活動の強化に向けて、さらに取り組むことを期待する。 	

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(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

【28】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持つための取組が行われている。	b
	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)42.9% b)21.4% c)14.3% 無回答)21.4%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」(「ただ仕事をこなすのではなく、志を持って働こう」などの10項目)を事業所の玄関に掲げている。 ・当事業所としては、法人が支援の基本としている自立、尊厳、ハビリテーション(本来持っている本人の能力を引き出す)に関する学習会を実施し、職員会議(非常勤職員〔嘱託職員B〕は未参加)で支援の実際について話し合うときにも課題としている。また、人権擁護の視点から、終礼後に毎月「行動指針・目標」を決めて、振り返りを行っている。 ・法人の人権プロジェクトが作成した『支援の心得—利用者の人権を守るためのガイドライン』を事業所内に掲示している。このガイドラインには、具体的な支援、余暇、接遇、利用者のプライバシー、個人情報保護についての適切な行動や注意すべき行動などが具体的に記載されている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の人権の尊重の視点から多数の取り組みはあるが、職員自己評価では「周知が不十分である」との結果である。特に「倫理綱領」に準ずる「クムレ10の心得」について、非常勤職員を含む全職員に周知を図っていくためには、計画的に取り組む必要である。 	

【29】Ⅲ-1-1(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)50.0% b)28.6% c)7.1% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・権利擁護に関する規定等について「虐待」はその防止対策を含めて整備しているが、プライバシー保護については事業所の方針が明確化されていない。ただし、日常業務を手順化した「職務遂行要領書」(以下、マニュアル)の項目として、直接的な支援内容などに関しては「プライバシーへ配慮」に類する記載がある。 ・具体的な支援では、特に排泄、入浴、着替えなどは同性介助を基本とし、羞恥心に配慮している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルは、プライバシー保護の観点から、支援時の留意点に関して内容を充実させることを期待する。 ・環境面に関しては、当事業所は一軒家の活用であるため、プライバシーを守るようにパーテーションを使用するなどの工夫をしているが、活動に必要な事業所内の広さの側面面やトイレの数などの側面からは快適な環境とは言えず、トラブルの発生も見られている。さらなる改善の取り組みを進めていくよう期待する。 ・利用者に対しては、個人情報の取り扱いについて同意書を得ているが、プライバシー保護に関する周知の点から、利用者や家族に対しては重要事項説明書などにも明記し、理解を得ることが求められる。 	

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) 50.0% b) 28.6% c) 0.0% 無回答) 21.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リーフレットは、実習受け入れ先の特別支援学校や利用者と関係している相談事業所に配布している。また、法人ホームページでは、事業所の活動が見られるようになっている。ホームページには事業所として1カ月ごとに情報を提供し、掲載内容の更新もしている。 ・法人エリア内で開催されている特別支援学校の学生・保護者向けの「事業所説明会」に参加している。また、実際に事業所まで足を運んで見学してもらうことに取り組んでいる。見学の際には来所時間なども相談して決定し、個別対応を大切にしている。 ・見学では、実際の活動の様子を見てもらい、また利用者が作成した作品に触れたり、職員と直接対話をするなど、体験的に事業所の活動に対する理解が得られるような情報提供に努めている。見学の時間は30分～60分程度であるが、見学の終了時には、感想などを聞くようにしている。 ・マニュアル「見学者の対応」は、連絡受付と見学対応によって構成され、支援要領(実際にすべきこと)と、そのことに対して配慮する事項を記載している。また「問い合わせ・見学受付表」があり、問い合わせの情報と見学時の情報などを記載する。記載時の記入例もあげるなどして、活用のしやすさに配慮している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者家族にとどまらず、利用者本人にとっても「わかりやすい情報提供」の実施に向けて、現在は改善の取り組みの途上にある。リーフレットは、事業所としての方針や、職員体制、タイムスケジュール、活動の様子などを紹介している。今後はさらに、事業経営者である法人の方針や特徴などの紹介も行うことを期待する。 ・職員に対しても、利用希望者を対象とした取り組みについては周知する必要がある、その取り組みを期待する。 	

【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) 35.7% b) 35.7% c) 0.0% 無回答) 28.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用希望者には必ず見学を勧め、その上で当事業所を選択してもらい、サービスの利用・契約を行っている。また、意思決定が困難と思われる利用者については、家族、後見人、相談事業所職員などの同席を得ている。 ・利用開始時には「契約書・重要事項説明書」を用いて説明しているが、文面が難しいと思われるので「どの項目の説明を行っているのか」を指し示しながら利用者・家族に説明している。また、難しい表現は、なるべくわかりやすい言葉に置き換えて説明するようにしている。その上で、承諾印をもらっている。 ・マニュアル「契約手続き」では、契約書類の確認、説明、保管について記載され、必要な書類についても明示されている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約時には、サービス開始に伴って作成する個別支援計画の基礎となる資料の提出を依頼している。特に「支援に関する要望書」は、利用後の支援に関して希望・要望することを記載する書式で、家族にとどまらず、利用者本人にも記載や意見をもらうことを方針としている。これについては、利用者本人に説明するときの配慮などについてもマニュアル化することを期待する。 ・職員には「連絡ノート」で周知しているが、今回の職員自己評価では、十分な周知がされているとは言えないという結果であった。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)21.4% b)50.0% c)0.0% 無回答)28.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前年度の他事業所への移行先は、法人内事業所(入所施設、生活介護、居宅介護)である。移行先の担当者と「ケア会議」を開催し、利用者の現状をまとめた書面を提供している。提供する内容は、当事業所での利用者の様子や特記事項などである。 ・移行後の利用者に対応する当事業所の相談窓口は、管理者、サービス管理責任者が担当するとしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の変更時の取り組みについて、マニュアル化することを期待する。 	

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)21.4% b)64.3% c)0.0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者(家族)の満足度を把握するため、法人の方針として、2017(平成29)年度より、年1回の予定でアンケート調査を実施している。その回収率は84%と高率である。アンケート調査の結果は、管理者が集約して職員会議で報告し、改善点の明確化と対応のその取り組みなどを今後の課題としている。 ・利用者の満足度の把握については、年2回の個別支援計画策定時の面談で意識してかかわっている。 ・当事業所独自のアンケート調査の結果は、総合的な肯定率は高率であるが、コメントは多くはない。今回受審した第三者評価の利用者アンケート調査は、利用者24名に配布し、回収数は16名(66.7%)で、そのうち本人回答は2名(12.5%)という結果である。総合的な満足度は高く、コメントも多く寄せられている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足度を把握するためのアンケート調査結果の活用については、これまで計画性はなく、また「利用者・家族懇談会」は計画はあるものの未実施となっているため、利用者・家族に対して調査結果を報告し、意見を聞く機会はなく、事業所では「今後の課題である」としている。 ・今回の第三者評価に際して実施した利用者アンケート調査の結果については、総合的な満足度は高いが、具体的な改善点・要望を述べたコメントが複数寄せられている。ぜひ取り上げて、今後の事業所としての取り組みについて、利用者・家族に知らせる機会をつくる必要がある。計画的な取り組みの実施を期待する。 	

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) 14.3% b) 57.1% c) 0.0% 無回答) 28.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、第三者委員のほか、行政機関等の連絡先を明記し、サービス利用開始時に説明している。 ・苦情解決制度については、利用者が出入りする玄関に掲示し、意見箱も設置している。 ・マニュアル「苦情対応」を定め、苦情を把握した際は、家族の思いを受けとめ、最後まで丁寧に関わり苦情内容を正確に把握して対応するなどの配慮事項を定め、内容は「意見・苦情・要望発生処理報告書」に記載して即応することを念頭に、書面・朝・終礼で職員に報告し周知するとしている。申立者には、苦情対応・解決責任者が経緯を説明し、謝罪するという内容である。 <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、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3割程度である。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の検討を期待する。 ・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公表について、検討を期待する。 ・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) 14.3% b) 57.1% c) 0.0% 無回答) 28.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常的に接する職員以外の第三者にも相談できることを「重要事項説明書」に明記している。また、アンケート調査を毎年実施している。 ・「連絡ノート」に「自分のしてほしいこと」などが記載されていた場合には、送迎時などで一対一になったときなどに時間をつくり、詳しく聞くようにしている。また、相談室が個室として設置されているので、個別相談が必要な場合には活用している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、相談や意見を述べやすい状況や環境の設定として「意見箱」の設置を開始したが、さらに積極的に利用者の相談を受け、意見等を把握するための取り組みを行う必要があるとしている。 ・また、相談支援事業所等をはじめとする関連のあるサービス提供機関の活用等についても、利用者への周知と活用の視点から、利用者が理解しやすく、受け入れやすい対策を検討することを期待する。 ・第三者委員は、学識経験者2名および地域住民2名の体制であるが、第三者委員が当事業所を訪問するなどの利用者との関係づくりの取り組みはこれからである。これを機に、利用者や家族の意見を聞く機会を定期的に設けるなど、信頼関係の構築に向けた取り組みを行うことを期待する。 	

【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。	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)28.6% b)35.7% c)14.3% 無回答)21.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情にこだわらず、利用者・家族からの意見や提案はサービス改善につながるものとして積極的に把握する方針である。アンケート調査のほか、送迎時の家族との対話、個別支援計画作成時の利用者との個別面談のほか、電話等でも随時対応できるようにしている。把握した意見等は、朝礼・終礼や職員会議で周知し、検討している。 ・今回の第三者評価の利用者アンケート調査の結果で、質問項目「利用者の気持ちを尊重した対応がされているか」の「はい」の回答は9割に近く、そのコメントとして、職員が積極的に声かけし、意向を引き出す支援を行っていることが記載されている。一方、質問項目「利用者の不満や要望は対応されているか」の「はい」の回答は7割に近いレベルである。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情発生対応時に記載する「意見・苦情・要望発生処理報告書」の活用は、苦情対応としていることもあって、最近の記載事例はない。直近では、平成31(2019)年2月が最終の記載である。この報告書の適切な活用や記録のあり方などについて検討し、マニュアルを充実させること、そして職員への周知をしていくこと期待する。 	

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)42.9% b)21.4% c)14.3% 無回答)21.4%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にも取り組んでいる。管理者は、法人を横断する「リスクマネジメント委員会」からの情報は全職員に発信しているが、嘱託職員B(非常勤職員)への周知には不十分さがあるとしている。 ・事故、ヒヤリハット、気づきについて、それぞれの定義を定め、報告書様式を3種類用意している。また、報告書の記載に関する留意点を記載した資料があり、それによって記録内容の適切性を期している。 ・事故、ヒヤリハット等の発生時には、発見者・報告者が報告書に記載し、その内容をサービス管理責任者と管理者が点検・再検討して、原因の除去策を策定し、実行内容を決定して、発生時から概ね1カ月後に実行した内容について職員会議で確認している。事故報告書は、職員が必ず確認する「連絡ノート」に挟み込んで周知している。 ・マニュアルについては、事故、けが、病気への対応として、事故直後の応急処置に関するものを作成し、そのなかで侵入者対応、事業所としての所在不明者への対応、自宅から所在不明になった児への対応方法などをマニュアル化している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハットと気づきの概念の理解が難しい上、重度障害者の利用する事業所としてヒヤリハットの出やすい職場であることを考慮したときに、現在の「気づきカード」はヒヤリハットを未然に防ぐためのものであるとしているが、その違いのありようが必ずしも明確ではなく、カードの活用頻度についても乏しい状況である。 ・マニュアルの内容について周知を図り、法人主催の関連研修には常勤職員が参加しているが、それらの内容を当事業所内でどのように活用するかについて、全職員への周知対策などの取り組みは不十分である。当事業所として起こりやすい事故やヒヤリハットに関する独自の研修を実施するなど、取り組みを期待する。 	

【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。	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)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"> ・感染症対策マニュアルについては、当事業所独自のものの作成はなく、法人や行政からの情報を活用し、対応している。これらの把握した情報は「連絡ノート」に挟み、職員が見やすいようにしている。 ・また、法人として感染症に関する研修会の実施があり、さらに近隣の事業所と合同で開催する感染症に関する研修会もある。これらの関連研修会への参加者は正規職員や看護師であるが、研修会への参加後には学んだ内容を全職員に周知して、当事業所では手洗い方法や手指消毒の徹底などに取り組んでいる。 ・新型コロナウイルスの感染予防対策として、毎日3回の検温の実施のほか、職員・利用者ともにマスクの着用、流水による手洗い、うがいの励行など取り組んでいる。 ・管理者は、家族・利用者を対象とした『わきあいあい通信』の記事として、新型コロナウイルスへの感染予防対策について定期的に情報発信し、啓発活動を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所では「感染症対応マニュアルなど情報量は豊富であるが、これを取り上げた研修会などの実施は不十分である」としている。 ・これまで「ノロウイルス対策」として吐物処理キットの準備と取り扱いについて研修を受けた職員はいるが、当事業所としての取り組みはまだないため、速やかな取り組みを計画している。今回の職員自己評価の結果では、他の項目と比較していくらか高めの肯定率ではあったものの、選択肢「a」の「体制を整備し、取組を行っている」とする回答は6割に満たない。さらなる取り組みを期待する。 	

【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)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"> ・マニュアルには、地震、火災、台風、積雪、浸水、津波発生時の対応を記載している。 ・これまでは、火災、地震、風水害などの自然災害を想定し、毎月、避難訓練を実施している。加えて、法人として拠点ごとに合同訓練を実施し、今年度はこれに1回参加している。 ・食糧、水、介護用品等の備蓄については管理者を責任者として、利用者が出入りする玄関横に備蓄用の物置きを設置している。また、抗てんかん薬などを服用している利用者については「ヘルプカード」とともに「非常持ち出し袋」に入れて保管している。 ・台風の襲来時などにおける家族の引き取りの基準は法人エリアで検討し、家族などに対して周知している。また、利用者の安否の確認は、現状では電話やメールによっているが、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。 ・事業継続計画(BCP)は、地震の発生時を対象として、法人が関与して作成している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年2回の避難訓練を計画したが、コロナ禍のなかで計画通りの実施は難しく、また地域と連携した防災訓練もできていない。 ・法人が作成した地震発生時の事業継続計画(BCP)については、まだ職員に対する書類の配布や周知への取り組みはなく、今後の課題であるとしている。 	

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 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)42.9% b)28.6% c)0.0% 無回答)28.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供の標準化の内容は「職務遂行要領書」(マニュアル)で整理している。支援内容を7つの基準(直接的な支援、家庭支援、記録、緊急時対応など)に分類し、支援項目(業務内容)を定め、支援要領(支援の方法、職員の動きなど)と配慮事項を記載している。 ・配慮事項には、支援を実施する際の利用者への配慮点として、利用者の尊重やプライバシーの保護などの視点から配慮すべきことについての記載が見られる。 ・今年度は、マニュアルの見直しを実施して、非常勤職員(嘱託職員B)を含む全職員に配布している。次年度には、変更点や気づいたことについて職員に書いてもらうようにしたいという意向がある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援の実施方法については、先輩職員が直接的に指導している。現状ではマニュアルを活用した取り組みなどはなく、新人研修等でもマニュアルは活用されていない。 ・当事業所は小規模な事業所であり、先輩による直接的な指導も実施しやすいと思われるが、指導の確実性およびサービスの質の向上を期待したときに現状のままの方法でよいのか、検討が必要である。今回の職員自己評価では「周知・活用ができていない」という結果である。 	

【41】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、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)35.7% b)42.9% c)0.0% 無回答)21.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアル見直しの際の基準について、法人としての定めはなく、今回の第三者評価をきっかけに、当事業所として独自に見直し、支援要領と配慮事項を充実させている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアル類の見直しの体制づくりと具体的な見直しの方法等については、計画化して進めていく必要がある。現在使用しているマニュアル類については言うに及ばず、今後作成するマニュアルも、マニュアルと支援の実際との整合性を意識しながら見直しの時期を確定させるなど、内容を改訂する基準を明確にすることが求められている。 ・また、見直しを行った際には、その見直し日時をマニュアルに記載し、さらに見直した部分を明示するなどのわかりやすくする工夫も必要である。見直しは職員が参加して行くと、業務へのモチベーションの向上にもつながると思われる。今後の取り組みを期待する。 	

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)50.0% b)35.7% c)7.1% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントから個別支援計画を作成するプロセスは、マニュアルの「個別支援計画書作成」において文書化・明確化されている。 ・利用開始時には、利用者(家族)から基本情報・フェイスシートの提出および「支援に関する要望書」への記載・提出を依頼し、個別支援計画・原案を作成する。その後、約3カ月をめぐりに利用者の状態を把握してアセスメントシートに記載し、個別支援計画を作成している。そして、個別支援計画は、6カ月ごとのモニタリングにより見直している。計画の見直し時には、家族から再度「要望書」の提出を得ているが、利用者本人が記載できる場合には、本人にも記載を依頼して意向を確認し、その意向を重視した個別支援計画となるように意識している。また、計画の作成時、モニタリングによる見直し後には、個別支援計画の内容について説明している。 ・当事業所は「重度障害者支援加算Ⅱ」を算定し、その対象者には「支援計画シート」を活用して支援計画を作成している。 ・摂食・嚥下障害リスクがあると判断した利用者については、法人内の言語療法士および管理栄養士に当事業所への来訪を依頼し、その結果の報告を得て、個別支援計画の作成に活用している。 ・アセスメントシートは、ADL、IADL、コミュニケーション、社会資源の利用など詳細な内容で構成され、また「行動」面からは、行動障害を把握する項目で作成されている。個別支援計画の内容は、日中活動を中心に7項目にわたる計画書からなる。 ・アセスメント、個別支援計画作成の担当者には常勤職員を配置し、担当者によるアセスメントや計画の内容は、サービス管理責任者が点検・修正・指導する体制である。なお、作成された個別支援計画は「ケース会議」(常勤職員が参加)で報告し、非常勤職員に対しては「連絡ノート」に記載してそれを読むように促している。 ・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「個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか」の「はい」の回答率は9割に近く、また質問項目「サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか」の「はい」の回答率も75.0%と高率である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の要望を丁寧に把握して説明しているが、アセスメントおよび個別支援計画の作成時の職員間のカンファレンスについては、マニュアルとして標準化されていない。現状は、看護職については個別に説明し、意見をもらうレベルにとどまる。また、非常勤職員が多く、カンファレンス等の時間を取るのが困難であるという現状があるため、今年度から非常勤職員には「気にかけてほしいこと」や「記録化してほしいこと」を伝えてもらうようにしている(メモをもらう、ホワイトボードに記載してもらうなど)。今後はその活用が課題である。 ・職員自己評価では「a」の回答率は5割である。個別支援計画の意味について再確認を行うことを期待する。 	

【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)57.1% b)21.4% c)7.1% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画は、半期ごとにサービス管理責任者、利用者担当職員を中心に、支援目標についてモニタリング・評価を実施し、再アセスメント、個別支援計画の見直しのプロセスは標準化している。それらのつど家族等との面談を実施し、その要望を確認している。 ・個別支援計画の評価は、正規職員による「ケース会議」で検討し、見直しにつながるモニタリングの根拠は、日々の「ケース記録」や利用者担当職員が作成する「四半期援助計画」、およびサービス管理責任者自身が実際の支援に参加するなかで得ている。 ・見直した内容について、変更点などは、非常勤職員に対しては口頭で伝えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では「a」の回答率は6割を切る。個別支援計画の意味について再確認を行うことを期待する。 	

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。	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)42.9% c)0.0% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの実施記録は、常勤職員が直接パソコンソフトを活用し、入力している。マニュアル「記録方法」に明示され、そのなかで各個別支援計画に基づくサービスに対する支援を記入すること、客観的事実を記録することなどが配慮事項とされている。また、利用者の情緒面・体調面に関する特記事項(変化、発見、確認など)については、別紙として記録用紙を作成し、記載している。 ・非常勤職員には「気にかけてほしいこと」や「記録化してほしいこと」を伝えてもらい(メモもしくはホワイトボードに記載してもらい)、その内容を常勤職員がパソコンソフトに入力する。 ・全職員の情報の共有として「連絡ノート」に記載し、職員は必ずその記載を見るようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常勤職員と非常勤職員が記録を行う責任や記録の共有について再確認し、よりよい取り組みを行うことを期待する。 	

【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)35.7% b)28.6% c)7.1% 無回答)28.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の個人情報の取り扱いに関しては、法人のプライバシーポリシーに沿い、情報の利用目的や利用範囲を定めた文書で説明し、サービス利用契約時に家族の同意を得ている。 ・記録の管理責任者はケース担当職員とし、利用者・家族に関わる記録類は鍵付きロッカーなどで適切に保管している。また、職員にはパソコンへのアクセス制限を設け、USBメモリの持ち出しは禁止している。常勤職員には、入職時に離職後も守秘義務が課される旨の誓約書を交わし、個人情報の漏洩防止に留意している。また、新規の非常勤職員には、当事業所の先輩職員がOJTで指導している。 ・個人情報の開示請求や情報破棄の方法は、個人情報保護規定に定めている。ホームページにも情報の開示、改正、削除、利用停止の依頼窓口を設け、連絡先を明示している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・記録の管理については、特に非常勤職員についての取り組みが見られず、職員自己評価でも「a」の回答は4割を切る。検討を期待する。 	

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)42.9% b)35.7% c)0.0% 無回答)21.4%であった。</p> <p>■ 取組状況 ・利用者の自己決定や主体性の尊重についての職員の意識は高く、事業所として重点的に取り組んでいる。個別支援計画ばかりではなく、日々の取組についても、常に利用者のそのとき様子の様子に気を配り、要望を聞き取り取る姿勢を取っている。日中活動や余暇活動は利用者が選択できるようにしている。それぞれが好きなこと、興味のあることを選んでいく。 ・当事業所には、強度行動障害を有する利用者が全体の50%以上在籍している。その他、合理的配慮を必要とする利用者も多い。職員は、利用者本人が発する言葉、しぐさ、表情などから本人の気持ちやニーズを洞察し、対応している。一人になりたそうな場合には、職員はその場から距離を取るようし、気持ちが落ち着くようにするなどの取組をしている。</p> <p>■ 改善課題 ・生活に関わるルール等については、意思表示のある利用者については、意見を聞く取組がさらに進むことが望まれる。取組が進むことで、多くの利用者の多様な表現から、利用者本人のさまざまな思いが推察しやすくなっていく。 ・そのようにして、生活に関わるルール等が利用者本人の意向を取り入れながら決定されていくものとなることを期待する。</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)28.6% b)7.1% c)42.% 無回答)21.4%であった。</p> <p>■ 取組状況 ・法人の取組として、人権倫理委員会が発信する「支援の心得」を基本として支援を実施している。 ・同性介護、呼称など、権利侵害の生じやすい課題については、職員間で声をかけ合い、意識化できるように取り組んでいる。 ・月ごとの行動指針を職員全体で決め、トイレや浴室などの見えやすいところに掲示している。毎月、振り返りを実施し、常に意識化して取り組めるように心がけている。 ・原則禁止される身体拘束であるが、緊急やむを得ない場合に使用するものとして、ミトンがある。実施の際には、定められた手続きを遵守し、またできるだけ拘束とはならない一般の方法に切り替えられるように努めている。即ち、ミトンを5本指の手袋に変えていたり、ヘッドギアを自傷行為のときだけ使用するよう努めたりという工夫をしている。</p> <p>■ 改善課題 ・法人全体の取組として、権利擁護には力を入れている。行動指針を毎月決めるなど、実践的な取組も着実に進めている。今後は、職員だけではなく、利用者への周知も充実していくことを期待する。</p>	

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)35.7% b)57.1% c)0.0% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント結果を踏まえて、年2回の「支援に対する要望書」によって利用者・家族の意向も聞き取った上で、個別支援計画を作成している。この要望書は「意思伝達」「社会生活、地域生活」等の8つの項目領域で構成され、利用者の将来の生活を見据えて、その自立・自律に向けた気づきを促進していく様式となっている。この要望を受けて、支援員が検討した上で、事業所は可能で具体的な取り組み内容等を提案し、本人・家族がその取り組みの方向性と内容に納得した上で個別支援計画に位置づけられるしくみになっている。当事業所では、そのような取り組みを忠実に実践している。これによって、利用者本人、家族、および支援員の三者が合意した自立・自律に向けた支援が実施されている。 ・利用者ができるだけ自力で日常生活を行えるように、物品の配置を工夫したり、自己管理する物品（靴、水筒など）を位置づけるようにしている。また、姿見の鏡を用意することなどで、利用者が自分で身だしなみ等を自己チェックできるための環境づくりも工夫している。 ・行政手続き等について、職員は家族、相談員、成年後見人などに伝えて、本人に不利益が生じないように心がけている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の自立・自律に向けた支援は、当事業所では計画・実践において努力し、推進されていると捉えられる。なお、今回の職員自己評価では、行政手続きや生活関連サービス等の利用支援を「直接本人には伝えていない」との気づきが引き出されている。 ・そうした課題については、利用者本人の支援者に委ねることはもとより、利用者個々の状況に即して、本人自身に対する伝え方を工夫することも可能である。さらに検討・工夫していくことを期待する。 	

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)50.0% b)42.9% c)0.0% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況や特性について配慮しながら、職員はできるだけ声かけを実施するよう心がけている。 ・あるいは、利用者の「待つてほしい」という思いや状況も察知し、かかわりのテンポ、リズム等にも配慮している。余暇時間等も、利用者一人ひとりに応じて意識的に話しかけ、利用者の情緒の安定や意欲の向上につながる声かけを意識し、工夫して取り組んでいる。 ・当事業所では、さまざまな特性を持つ利用者に応じて、言葉による対応だけでなく、イラスト、写真等を活用したり、また日記を書く利用者については、その傍で話を聞いたりするなどの対応を行うように心がけている。なお、ホワイトボードは、利用者の意思表明を促進し、情報共有の有効なツールとなっている。 ・直接の声かけを実施されることが苦手な精神障害の利用者や難聴の利用者については、筆談を行うなど、コミュニケーションの方法を工夫するようにしている。 ・コミュニケーション能力の向上には、利用者の役割活動が効果的に機能する。例えば、朝礼や食事の際の点呼の役割は、その役割内容を自覚した上で利用者に担ってもらうことで、利用者の参加意欲が高まるという効果が生まれてきている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所には、多様な障害を有する利用者や言語によるコミュニケーションの困難な利用者が多数いる。職員は、それらの個々の利用者特性に応じたコミュニケーション方法を実践しなくてはならない。 ・そのことについては、当事業所ではきめ細かく実践され、その取り組みは高く評価することができる。さらに今後は、利用者の役割取得による変化をばねにして、利用者の持つ可能性をより引き出していく試みを行うことを期待する。 	

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。	a
	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)42.9% b)50.0% c)0.0% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員は常に利用者の様子に気を配り、声かけを行っているので、傾聴、共感など、相談しやすい状況をつくっている。 ・利用者から相談があったときには、そのつど応じるようにしている。相談内容によって、看護師につないで相談に乗ってもらうようにするなど、より適切な対応に努めている。 ・活動内容は、事前にホワイトボードやスケジュール・カレンダー等に提示し、利用者の目に留まりやすいように工夫している。その上で、朝礼時に説明を加え、利用者が選択・決定しやすくなるように対応している。 ・「毎日来るのしんどい」等、利用者の相談内容によって、事業所内の職員だけでは対応が不十分になると判断した場合には、関係機関とも連携して対応している。グループホームや他事業所等と相談連携することで、利用者の生活リズム等も考慮しながら、本人の生活の快適さが増すように調整する取り組みも行っている。 ・当事業所では、上半期・下半期の年2回、利用者との懇談を行っている。この懇談は「支援に対する要望書」に基づいて実施し、懇談の場で伝えられた相談内容については、職員がその優先順位を判断しながら、利用者それぞれの個別支援計画に反映させている。 		

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)42.9% b)50.0% c)0.0% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日中活動の種類は多く用意している。午前中の活動は、健康を重視したプログラムを実施している。例えば、町内パトロール、公園での体操、郵便局へのおつかい等の取り組みである。午後の活動は、室内を中心としたプログラムを多数用意することに努めている。例えば、ピース作品づくり、看板づくり等のアート活動、陶芸作業、ワークショップ(ジョイント)、タクティールケアなどである。 ・余暇時間には、利用者の自己選択に応じて支援を実施している。利用者は、内容を表現した複数のカードから、自分で余暇活動を選ぶ。余暇については、小グループでもできるレクリエーションを実施している。例えば、黒ひげ危機一髪のゲーム、トランプ、将棋等である。 ・当事業所は住宅地に立地し、周辺の地域住民との交流もある。例えば、地域のアートイベント等には、利用者が可能な限り参加することができるように調整している。 ・個別支援計画の作成時やモニタリング時には「職員会議」や「ケース会議」で計画書を周知するようし、必要に応じて活動内容の変更等の検討・見直しを行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の日中活動支援は、現状では主に嘱託職員によって担われているが、それぞれの活動のポイントが手順書に示され、また職員の勤続年数が長いことから、活動の支援に齟齬が生じることも防げている状況である。しかし、嘱託職員は「職員会議」や「ケース会議」に参加することはないため、個別支援計画について共有することが困難となっている。 ・同じ活動であっても、個々の支援計画に応じて、働きかけ方は変わってくる。そのため、今後は嘱託職員も個別支援計画を共有できるしくみづくりについて検討することを期待する。 	

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。	a
	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)42.9% b)50.0% c)0.0% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人内で体系的に研修プログラムが生まれ、職員は可能な限り研修に参加するようにしている。また、参加した研修の内容については、日常の支援のなかで他の職員に周知するようにしている。職員には、さらに「職員会議」や「ケース会議」からの学びがあるほか、日々の支援実践の場でも、個々の職員を対象に学習する機会(いわゆる「OJT」)を多くつくっている。 ・日常生活で課題が生じたときには「ケース会議」「職員会議」および終礼後に「臨時ケース会議」を開催するなどして職員間で検討し、理解と共有化を図っている。 ・不応行動等の行動障害への対応では、個別の「重度シート」や「手順書シート」を作成し、統一的な支援を実施するように努めている。また、状況に応じて「統一見解書」を作成し、利用者の不応行動時に対応できるようにしている。 ・行動障害など個別的な配慮が必要な利用者の場合は、個別スペースや個別対応が不可欠であり、そのなかで「スヌーズレンルーム」も創設した。自傷行為時の対応、多動時の付き添い方法のほか、所在確認のための職員配置も考慮し、個別対応を実施している。 ・利用者間の関係については、互いの相性や特性などを考慮し、状況に応じて職員が介入しながら適切な相互の距離を確保できるよう配慮している。音が苦手な利用者の場合は別室に誘導するなどの調整も実施している。 ・今後のさらなる課題として、強度行動障害の研修には、事業所としてできるだけ多くの職員が参加するように配慮することが望まれる。また、当事業所では、知的・発達・精神障害をそれぞれ単独、あるいは重複して有する利用者を中心に、車椅子利用者、難聴や胃瘻造設者など、多方面にわたって異なる配慮を要する障害者を受け入れ、支援している。そのような事業所としての取り組みに対して敬意を表するとともに、さらなる支援スキルの向上のための取り組みを行うことを期待する。 	

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。	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)57.1% b)35.7% c)0.0% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人内の管理栄養士が、利用者の嗜好調査や食事時の様子についての観察を実施している。給食は業者に委託しているが、管理栄養士がその業者とともに献立の内容を検討している。 ・法人内の言語聴覚士が、利用者の嚥下機能の評価に基づき個別支援を実施している。また、利用者一人ひとりの特性に応じて、個室での食事の提供や部分介助を個別支援計画に位置づけ、実施している。 ・食事形態については、常食、ソフト食、刻み食、ミキサー食など、利用者の状況に応じて配慮して提供している。 ・入浴支援や清拭については、身体を拭く手順をイラストで示し、職員がモデリングしながら支援している。清拭の練習を実施している人もいて、その練習の成果が、排泄時の拭き取り、家庭における入浴支援につながるよう事業所として努めている。 ・排泄支援については、利用者ごとの必要に応じて、トイレへの定時誘導を実施している。とりわけ、排泄支援は単独事業所では対応し得るものではないため、家族や他の事業所とも連携して「排便状況記録」を作成し、支援を実施している。また、個別支援計画に則り、個々の利用者の状況に応じた声かけ、指差し指導、直接指導などを実施している。 ・移動や移乗の支援については、現在は当事業所には車椅子の利用者が1名いる。その他にも歩行が不安定な利用者もいるので、必要に応じて個別対応を実施している。 	

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。	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)14.3% b)64.3% c)14.3% 無回答)7.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は、木造2階の戸建ての民家である。建物には経年変化による劣化等も見られ、今年度のうちに床の修繕を実施することを予定している。 ・利用者の特性上、事業所内の個別スペースは複数箇所が必要である。そのため、屋内空間を利用し、和風スヌーズレンルームに改装したり、多目的室の一角を個別スペースにするなどして、利用者のため、居場所づくりができるように工夫している。 ・利用者・家族の生活環境についての意向を把握するために、アンケート調査を実施中である。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所にはトイレが2カ所しかなく、しかもそのうちの1カ所は狭い。そのため、来年度にはトイレの増設工事を検討している。また、建物の構造上、どうしても生じてしまう死角があり、利用者の安全確保の観点から危惧される場所がある。 ・建物は一般民家であったため、事業所内に段差は多くあり、階段も急で、バリアフリーとはなっていない。さらにトイレ設備の不足を筆頭に、環境上の課題が明確にある。この建物構造等の課題については、当事業所も法人も課題意識を持ち、改善に取り組んでいる。早急な改善を計画的に進めていくことを期待する。 	

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)35.7% b)42.9% c)7.1% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ラジオ体操は、利用者の健康増進の目的だけではなく、当事業所では機能訓練としても位置づけ、実施している。長距離・短距離の歩行についても同様で、健康増進の目的のほか、機能訓練の意味も持たせて取り組んでいる。 ・利用者1名が法人内の作業療法士に訓練プログラムを作成してもらい、訓練を実施している。そのほか、医師からの指示書により、機能訓練指導員によるトレーニングを受けている利用者が1名いる。 ・当事業所では、必要性を判断した場合には、医療機関に対して積極的に訪問を依頼し、機能訓練指導員等の助言を得る取り組みも行っている。 ・生活訓練については、歯磨き、掃除などは利用者全員を対象に実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人内の作業療法士とは、依頼すれば応じてくれる関係がすでにできている。現状は、リハビリテーション専門職の支援を必要とする特定の利用者のみを対象としているが、当事業所の利用者の状況からすると、さらに対象者を拡大することが望まれる。 ・ほとんどの利用者は、一人ひとりに多少の差はあっても、身体機能上の課題等を抱えている。そのため、リハビリテーションの専門職に利用者全員を診てもらい、支援員が実施できる訓練(運動)プログラムを作成した上で、事業所内でも訓練を実践できるように取り組んでいくことが望まれる。 	

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。	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)57.1% b)35.7% c)7.1% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の健康状態については「連絡帳」の記載事項を把握することから始まり、事業所内では看護師を中心にバイタルサインのチェックを実施している(利用者の表情、傷の有無やその状態、様子がいつもと違う等の全身状態の観察など)。なお、入浴時や排泄時にも、全身状態の観察を実施している。個々の利用者の必要に応じて、毎日の血圧測定も実施している。 ・毎月、歯科訪問診療を実施している。また、利用者からの健康相談については、看護師が中心になり、個別に相談に応じ、助言等を行っている。 ・健康増進のための取り組みとして、毎朝のラジオ体操、利用者個々に応じた長距離・短距離の歩行訓練を実施するなど、午前中は体力づくりを意図したプログラムを作成し、実施している。 ・健康診断の結果を年1回提出してもらっている。利用者・家族に対しては、その結果について、看護師が必要な助言を伝えている。 ・利用者の体調変化等については、法人内の他事業所の看護師と連携(在宅者は家族と連携)して、対応等を決定している。なお、当事業所では医療機関からの情報は家族と共有し、医師の診断、意見、および服薬内容の変更等について把握している。 ・職員研修の一環として、健康管理については、看護師から助言を得ている。また、感染症罹患時、発作時の対応については、法人内の勉強会に参加している。 ・利用者の健康管理等についてのさらなる取り組みとして、当事業所には看護師が常勤職員および非常勤の嘱託職員と2名が配置されている。その配置を活かして、多様で重度の障害を有する利用者の健康管理に、事業所としてさらに寄与していくことを期待する。 	

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)35.7% b)50.0% 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"> ・服薬管理については、利用者のうち6名が昼食薬を持参している。現状では、管理者の責任のもとに、看護師と生活支援員が服薬支援を実施している。現状の「投薬手順書」には「すべての職員が対応できるよう投薬方法等を確認し合う」と支援要領が記載されている。他にも配慮の方法等が示されているが、今後はさらに手順を間違いなく実施できるように、内容を細かく作り直す必要があると事業所では考えている。 ・医療的ケアについて、当事業所には胃瘻の利用者が1名いる。この利用者への対応は、来所に合わせて看護師が出勤することによって調整している。 ・発作については、医師の指示によって対応しているが、今後は「発作マニュアル」を整備すること、また「緊急時マニュアル」の内容の見直しも必要であろうと考えている。 ・職員に対する医療関連の研修の実施については、法人が実施している発作や感染症等の勉強会に参加するようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所には、常勤看護師1名と嘱託職員Bである非常勤看護師1名が配置されている。ただし、常勤看護師には年度内異動があり、事業所に定着しているとは言い難い状況である。また、当事業所としての看護師業務のあり方について模索しているところであり、配属された看護師2名を有効活用しているとは言い難い。 ・看護師は、日常的な利用者の健康管理として、血圧測定や排便状況の把握等を行っている。また、支援員には「連絡帳」等から必要な利用者をピックアップし、看護師につなげてもらうようにしている。なお、看護師は健康診断の結果を家族に伝える等の業務も実施している。 ・上記のすでに看護師が実施している支援を「看護マニュアル」として明確化し、当事業所の看護師業務として位置づけていく必要がある。 ・また「感染症の知識を学ぶ研修」や「感染防止のための実地訓練(吐瀉物処理、消毒方法など)」は、事業所内看護師を講師として、職員の見習い研修として実施することが有効であると思われる。せっかく当事業所に配置されている看護師を、ぜひ有効活用していくように期待する。 	

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)21.4% b)50.0% c)14.3% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・ワークショップ(ジョイント)では、社会ルールを学ぶ機会を取り入れている。ワークショップでの買い物学習には、商品を選ぶこと、代金を支払うことなど、いくつかの学習項目が含まれているので、丁寧に取り組んでいくように心がけている。 ・外出支援では、あらかじめ利用者の行きたい場所や買いたい物などについて聞き取りを実施しておく。そのことが実現するように外出を実施し、食事についても、メニューから本人に選んでもらって食べるようにするなど、利用者の意向・要望を尊重した支援を行っている。 ・利用者が製作した陶芸品などのアート作品の展示・販売を利用者に提案し、利用者が目的を持って取り組める活動の支援に努めている。</p> <p>■ 改善課題 ・当事業所の利用者は、多様な障害特性を有し、また施設入所者とグループホーム居住者と自宅居住者とは、それぞれの生活環境から、社会参加の方法も異なってくると考えられる。そのため、個々の利用者の状況に応じた柔軟な社会参加・社会学習プログラムが必要となる。事業所としてのさらなる研鑽を期待したい。 ・今年度は、新型コロナウイルス感染症の影響を受けたこともあり、外出の機会が減少した。そのため、地域社会で行われる参加型の学習機会づくりは停滞せざるを得なかった。今後の社会情勢に鑑みながら、再び積極的に社会参加・学習支援の取り組みを充実させていくことを期待する。</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)7.1% b)71.4% c)7.1% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・グループホームで生活している利用者については、職員のほか公民館の館長や地域生活支援センター等と連携を図り、本人の地域生活支援に寄与するよう心がけている。 ・地域社会でアート作品等の販売を実施することで、利用者の社会生活力の養成を図りたいと考えている。また、日常の基礎生活力の養成として、おやつづくりを実施するなどして試みている。 ・日常のワークショップ(ジョイント)での買い物など社会ルールの学習、販売や行事による交流等を通して、地域社会移行について関心・意欲を高められるように取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題 ・当事業所は、障害の重い利用者が圧倒的に多い。地域にどのようなグループホーム等があるかについて調査・確認し、地域生活への移行を積極的に進めることについての検討を期待する。併せて、利用者の地域生活への意思や希望についての確認も、丁寧に実施していくことが望まれる。</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)42.9% b)28.6% c)14.3% 無回答)14.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活状況については、送迎時および「連絡ノート」で情報共有している。また、年2回、定期的な懇談を実施している。その他、電話連絡などによっても、家族等に利用者の活動を伝えるようにしている。 ・利用者の生活等に関する家族からの相談は、特に食事、清拭のことであり、在宅でも統一的に支援できるように助言・提案している。また、他機関につなぐ役割も担っている。 ・利用者の体調不良に関しては、家族への連絡だけではなく、本人が利用している他事業所にも連絡をするなど、必要な情報提供ができるように配慮している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族と職員の懇談会については、家族から要望が出されている。早期の実現が必要である。 	