

## 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：共同生活援助事業所 クムレ	種別：共同生活援助
代表者：上村 昌平	定員：30名
所在地：岡山県倉敷市上東827-7	
電 話：086-697-5577	ホームページ：https://www.cumre.or.jp/
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日：2006（平成18）年10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 : 4名 非常勤職員 : 11名
専門職員	介護福祉士 : 1名
	社会福祉士 : 1名
	精神保健福祉士 : 2名
施設・設備の概要	事務室 : 1室 さくらホーム : 定員4名 上東ホーム : 定員7名 上東かえでホーム : 定員4名 栗坂ホーム : 定員9名 けやきホーム : 定員5名 サテライトホーム : 定員1名

### 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 大切にしたい支援観（自立・尊厳・ハビリテーション）に基づいた支援
- ② 管理型、お世話型支援から、地域生活支援へ
- ③ けやきホーム（有期限での地域移行を目指したグループホーム）
  - ・ 2017（平成29）年7月より、定員5名のグループホームとして設立した
  - ・ 特徴は、2年を一つの区切りとして地域移行を目的とする支援を実施し、成果を出している

#### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2021年 7月 8日（契約日）～ 2022年 1月 4日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成28年度）

#### ⑥ 総 評

##### ◇特に評価の高い点

##### 1. 関係機関と協働し、利用者の余暇活動の充実に取り組んでいる

休日は自室で過ごすことが多く、余暇を積極的に楽しんでいるとは言えない状況について、利用者が通う通所事業所と情報交換するなかで共有した。利用者が充実した生活を送るため、当事業所が余暇の充実に図る役割を担うことを確認し、取り組みを進めている。

市の広報紙や回覧板、地域イベントの情報やスーパーのチラシ等は利用者の目にとまる場所に置き、また日常の会話のなかで週末に行きたいところを聞くなど、積極的な情報の提供・収集に努めている。遠くまで一人では行けないと無意識のうちに外出をあきらめていた利用者には外出支援のヘルパーの利用を調整し、外出先の選択肢を増やせるように努めた。その結果、外出の機会が増え、他の利用者の活動を見て「自分もやってみたい」と関心を持ち、レクリエーションの幅が広がった利用者もいる。

また、公民館の教室に一人で参加することを躊躇している利用者には一緒に参加する希望者を募り、本人が慣れるまで職員が同行し、安心して参加できるように工夫している。当事業所では興味・関心や経験の幅を広げ、利用者が充実した余暇を過ごせるように取り組んでいる。

##### 2. 法人内外の専門職から評価・助言を受け、利用者の健康や身体機能の維持・向上に努めている

日常的な健康管理や年1回の健康診断だけではなく、利用者のかかりつけ医や訪問看護と連携して、利用者の健康の維持に努めている。定期通院時には、利用者の生活の様子をまとめた受診のための参考資料を作成し、主治医に渡してもらっている。その上で、年1回は受診同行して、直接利用者の状況を共有し、医師から助言を受けるようにしている。服薬管理や生活習慣病・精神疾患の健康相談が必要な利用者に対しては訪問看護の利用を勧め、利用者状況を情報共有し、助言を受けている。

また、法人内の理学療法士、言語聴覚士を活用し、消化吸収への影響の視点から食事姿勢の見直しを行っている。望ましい姿勢と姿勢保持に必要な補助具について助言を受け、日常生活に生かしている。この取り組みでは、日中の通所事業所と協働し、朝昼夕の食事場面で共通した取り組みができるように努めている。そのほか、利用者が通う事業所の栄養士から助言を受けて、日常生活の健康管理や献立の作成などに生かしている。

感染症の予防や対応については、法人内の看護師による研修を実技指導も含めて受けている。また、法人内外の医師、看護師、理学療法士、言語聴覚士、栄養士などの専門職の助言を日常生活に生かし、利用者の心身の健康や身体機能の維持・向上に努めている。

### 3. 利用者が望む暮らしのあり方を聞き取り、積極的な地域移行の取り組みを行っている

当事業所では地域移行を積極的に進めるため、宿直の職員を配置しない有期限（年）のサテライト型ホームを設置している。一人暮らしへの移行を希望する利用者には、このサテライト型ホームの利用を通じて、ごみ出しなどの地域生活のルール、家事や金銭管理の技術、ヘルパーや訪問看護などの資源の活用方法について学ぶ機会を設けている。なぜ一人暮らしをしたいのか、どんな暮らしがしたいのか、利用者の望む暮らしのあり方を聞き取り、それに基づいて支援を行っている。取り組みの途中で不安が生じるときはそこに立ち返り、支援を行っている。

実際に一人暮らしに向けて取り組むことが決まってからは、アパート探しや賃貸契約、家具調度品の準備、訪問看護・訪問介護の利用契約など、必要な手順の全体が見渡せるように必要事項を書き出して利用者と共有し、次に取り組むべきことを明示し、利用者が主体的に動けるよう工夫している。

また、利用者が安心して移行後の生活を送れるように、移行に向けた「ケア会議」では、今後関わる担当者との関係づくりができるよう参加者を広げている。さらに、スーパーでの買い物や公民館の活動などで地域の人たちと顔見知りになっておくなど事前のインフォーマルな関係づくりにも力を入れている。昨年度からの取り組みで、今年度は2名が一人暮らしを開始している。

#### <特に改善が求められる点>

#### 1. 日常的な支援の実施方法の多くは各世話人に任せられた状態であり、専門性を高めるための取り組みも十分ではない。支援の標準化・文書化と、その見直しの体制づくりに期待する

当事業所の利用者は、日中は企業や就労継続支援などの事業所に通い、それ以外の時間帯を事業所の各ホームで暮らしている、したがって、食事の提供をはじめ世話人が行う日常業務をどのように適切に行うかが非常に重要であり、業務内容の標準化と提供するサービスの質の向上が求められる。

しかし、現状では、食事づくり、配膳、清掃、服薬管理など日常的な利用者支援の実施方法の多くは各世話人に任せられた状態であり、障害特性への理解を深めて専門性を高めていく取り組みも、正職員とのやりとりや世話人会議で行われる研修の範囲にとどまっている。

事業所として世話人の日常業務をどのように位置づけ、その精度や質を高める教育の機会をいかに充実させていくかが課題であり、サービスの質の向上を図る取り組みの強化を期待する。

その強化の取り組みの一つとして、標準的なサービスを実施するためのマニュアルが必要であるが、現状の文書化は、各ホームで取り組むべきことを時間軸でまとめた手順書のレベルにとどまる。現状のマニュアル・手順書から、職員が行うべき業務や配慮すべき事項の視点でマニュアルを作成することが必要であり、今後を期待する。そして、そのマニュアルの見直し時期や基準を定め、支援内容を確実に確認できるようにしくみづくりを行う必要がある。マニュアル作成時には、担当者、作成のプロセス、成果日などを計画し、確実に取り組むことを期待する。

## 2. 各ホームの地域の特徴や建築状況などを把握・分析し、災害時の取り組みを具体化することが必要である

当事業は5つのホーム（アパートタイプ、戸建てタイプ）で実施されているが、ホームのなかには、かなり古い建物もある。住宅地あるいは河川のみもとに所在し、また建物の構造も多様で、各ホームによって危険性が異なると思われる。さらに、利用者の障害の状態も多岐にわたり、かつホームは一人の世話人が交代で担当し、常勤職員は主に日中の時間に巡回して対応している。このように危険を感じる環境や複雑な働き方のなかで、職員・世話人は災害対策について大いなる不安を持っている。

災害に対する現状の取り組みは、ホームごとに年2回の避難訓練を実施しているほか、食品の備蓄、利用者各自への「避難バッグ」の準備などである。各ホームは「避難経路図」を作成し、火事や地震の発生時に注意すべきことをわかりやすく記載して交流室などに掲示している。また、法人としても自然災害に対する取り組みとして、災害対策委員会が地震・火事・津波に関する研修会を予定し、BCPについては外部の有識者を加え、現在見直しに取り組んでいる。さらに、職員を対象に、名寄せリスト、メールなどで一括して安否確認を行う方法も検討している。

今後は、上記のような取り組みに加えて、各ホームの危険性を確実に把握し、至急に具体的な対策を図ることが必要である。

## ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業所での聞き取りや、各グループホームへの視察、また入居されている方への Zoom での面接・聞き取り、ありがとうございました。

前回、平成28年度に受審した当時と現在では、入居者への支援の在り方など変わっており、本来のグループホームで生活されている方へ、共同生活援助事業所としての支援とはと考え直すきっかけとなっています。

改善提案として示された「世話人と生活支援員の業務・支援、働き方の整理（支援・手順書の統一も含め）」については、検討を開始しています。

## 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.5～35）。

## 共通評価項目

### 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)63.6% b)27.3% c)0.0% 無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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」は、利用者や家族・職員はもとより、地域の方々とも「ともに」という考え方を包含したものである。</li> <li>・法人では、正職員と嘱託職員A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、また非常勤である嘱託職員Bなどには理念等を記載した名刺サイズのカードを持たせるようにしている。</li> <li>・非常勤職員の世話人に対しても、法人の基本理念等の理解浸透を図るために、全員対象の研修を行っている。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。</li> <li>・上記のほか、理念の浸透を図るために、今年度は新たに「理念研修」を行っている。全職員が対象であり、倉敷・水島の両拠点でそれぞれ実施し、参加できない職員には映像で視聴させている。</li> <li>・当事業所では、職員会議(毎月)の開始時に、法人の当該年度の「スローガン」と『クムレ10の心得』を唱和している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として基本理念等を定め、法人内外に浸透するように工夫している。</li> <li>・しかし、当事業所では、利用者や家族に対して、基本理念や取組みが紹介されている広報誌(クムレだより「ふれあい」)を配布している以外には、基本理念等の浸透という意味からの特段の取組みは行っていない。わかりやすい周知方法の検討も含めて、さらなる取組みの強化を期待する。</li> </ul>	

#### I-2 経営状況の把握

##### I-2-1(1) 経営環境の変化等に対応している。

【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)54.5% b)9.1% c)0.0% 無回答)36.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、少子高齢化が進む状況のなかで、法人を取り巻く環境と経営状況の把握・分析に努めている。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(課長級以上)で法人全体の方向性を決定する。また、経営する事業所を「倉敷」および「水島」のエリア(拠点)に分け、各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るとともに、拠点ごとに地域の福祉ニーズの情報収集と共有、方針決定を行う体制を整備している。</li> <li>・当事業所は、倉敷拠点の事業所の一つに位置づけられている。管理者は、次長心得級職員として法人内の複数の会議体や委員会のメンバーであり、それらへの参加を通じて法人を取り巻く環境等についての情報を把握する機会を持ち、把握した情報を必要に応じて職員に知らせている。一方で、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。</li> </ul> <p>・なお、この項目については、主として法人全体の取組みに対する評価を行った。</p>	

【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) 18. 2% b) 36. 4% c) 0. 0% 無回答) 45. 5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・理事長および法人本部が経営課題を明らかにし、その課題解決に向けて法人本部とともに倉敷拠点および水島拠点がそれぞれコンセプトを掲げ、拠点としての事業を展開する体制である。その体制のなかで人材確保、人事システムの見直し、ICTの活用、リーダー層の育成などを重要課題として位置づけて取り組むとともに、各事業所ではそれぞれの本来の事業所経営を行っている。</li> <li>・2つの拠点では、それぞれいくつかのテーマを掲げ、管内の事業所がその機能に応じてテーマごとのチームに参画し、事業展開している。今年度の倉敷拠点では「暮(くらし)」「働(はたらく)」「つなぐ」「子育て(こそだち)」の4つのテーマを設け、テーマごとに定期的に会議(カテゴリーミーティング等)を開催して地域の状況に応じた事業に取り組んでいる。</li> <li>・法人の方針等を効果的に具体化させて経営強化を図るため、財務や人材(財)などの法人管理業務をサポートする「サポートセンター」を設置した。</li> </ul> <p>・なお、この項目に関する職員自己評価の結果は肯定的な回答の割合が低く(a評価: 18. 2%)、また約半数(45. 5%)が「無回答」であったが、世話人が多くを占める職員体制(職員数15名のうち世話人が11名)であることを考慮し、法人全体の取り組みに対する評価を行った。</p>	

### 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) 45. 5% b) 18. 2% c) 0. 0% 無回答) 36. 4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、昨年度を起点とする「クムレ中期経営計画2025」をスタートとさせている。この計画は、国の唱える「地域共生社会」の実現に向けて、倉敷と水島の2つの拠点体制による切れ目ない支援を行い、国際連合が採択した持続可能な開発目標(SDGs)の実現にもつながるものと位置づけている。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・事業所では、法人の方針に基づき「クムレ中期経営計画2025」を踏まえた「これからのありたい姿の設計図」(テーマ、活動内容、実施時期など)を定めている。</li> </ul>	

【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) 45.5% b) 18.2% c) 0.0% 無回答) 36.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の「クムレ中期経営計画2025」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。</li> <li>・単年度の事業計画は、全事業所が共通のフォーマット(枠組み)で作成している。なお、そのフォーマットは、今年度の事業計画から新たなものに見直され「事業所のありたい姿」「目標利用者数・収入」「利用者支援の充実」「地域共生社会づくりに向けた取り組み」などで構成されている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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るとともに、計画の内容が具体的な記述になるように努めている。</li> <li>・しかし、事業所の事業計画の内容は、やや具体性に乏しく、また「クムレ中期経営計画2025」や、それを踏まえて作成しているという事業所の「これからのありたい姿の設計図」との整合性や関係性が明確には読み取りにくい。より充実した事業計画の策定に向けた取り組みを期待する。</li> </ul>	

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) 36.4% b) 27.3% c) 0.0% 無回答) 36.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今年度の当事業所の事業計画は、前管理者が法人本部が示す枠組みやスケジュール等に従い、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、常勤職員の意見を踏まえて策定したものである。</li> <li>・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、次年度の計画策定にあたっては職員の意見を踏まえてまとめていく方針である。</li> <li>・事業計画は、職員には年度当初の職員会議および世話人会議(ホームごと)で説明して周知し、進捗状況は年2回、定期的に確認と見直しの機会を設けている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画については、計画実行の担い手である職員に対してその内容の十分な理解促進が求められ、また策定過程や振り返りの機会においても、できる限り職員が参加して意見を集約・反映させることが重要である。</li> <li>・世話人中心の職員体制のなかでどのように進めるかの工夫も含めて、取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

【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。	C
	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)36.4% b)27.3% c)9.1% 無回答)27.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該年度の事業の方針等については、利用者等には広報誌(クムレだより「ふれあい」)を配布し、そこに拠点ごとの事業計画が掲載されている。</li> <li>・上記以外では、利用者に対しては特に事業計画についての説明の機会はない。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等に配布する法人の広報誌において、当該年度の法人の方針や計画が掲載されている。しかし、事業所では利用者等に対する周知に特段には取り組んでいない。</li> <li>・事業計画は、事業所が提供するサービスに関係する重要な情報であり、その主な内容をわかりやすく工夫しながら周知することで、利用者や家族等に理解を促していく取り組みが求められる。今後の取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

#### 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)45.5% b)27.3% c)0.0% 無回答)27.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスの質の向上は、法人の「中期経営計画2025」の重点方針の一つに位置づけられているものであり、福祉サービス第三者評価の活用や内部監査の実施による「ブラッシュアップ」(同計画より)をPDCAサイクルで展開すると明示している。</li> <li>・法人では、ほとんどの事業所に数年ごと福祉サービス第三者評価を計画的に受審させ、その受審結果を集約・分析している。受審した事業所では、受審結果を踏まえて改善計画を定め、その結果を法人が主催する「報告会」(役員や全事業所の多くの職員が参加)で発表する体制としくみである。</li> <li>・内部監査については、今年度、新たに「総務ICT化会議+内部統制」を設け、実施体制を整備している。</li> <li>・当事業所の今回の第三者評価の受審は、2016(平成28)年度以来2回目である。前回は、受審時結果を踏まえて世話人会議の充実や各ホームの衛生環境の改善に取り組んだ。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉サービスの質の向上に向けて、法人として体制を整えながら計画的に取り組んでいる。</li> <li>・事業所では、法人のとしくみのなかで、どのような体制(担当体制、職員参加の機会など)で改善に取り組むのかの明確化が組織的なPDCAサイクル確立の基盤となるものであり、課題である。法人のとしくみの活用や支援を受けつつ、今回の第三者評価の受審を契機に、サービスの質の向上を目指す組織的な取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	



【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) 36.4% b) 18.2% c) 0.0% 無回答) 45.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人の方針として第三者評価や内部監査を活用して課題を明らかにし、各事業所に改善への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計画的に具体化するしくみである。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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、改善計画の策定と定期的な振り返りなど、より計画的かつ継続的な改善の実施を期待する。</li> </ul>	

## 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) 54.5% b) 18.2% c) 9.1% 無回答) 18.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>管理者の責任と権限は、法人の職務権限規程に定められている。さらに、キャリアパスのしくみでなかで職員の職務・役割階層ごとに求められる「期待像」と、それに照らした「役割基準」が明示されている。</li> <li>管理者は就任1年目で、サービス管理責任者を兼務している。法人の複数の会議体および委員会のメンバーであるため、法人内の動きを把握しており、それを職員会議などの機会に職員に伝えている。一方で、不在であることが多く、事業所内の日常業務については経験のある生活支援員に事実上任せられている。</li> <li>管理者自身は、利用者の確保による経営の安定化を課題とし、また事業所内でのリーダーシップの発揮は十分でないとしている。サテライトを含めて6カ所のホームを常勤職員4名(管理者含む)、非常勤職員(世話人)11名の体制で運営し、また交代勤務であることから日常的な情報共有や緊急時(夜間、災害時、利用者の体調不良時など)の対応に腐心している。</li> <li>事業所内の役割分担(分掌)を定めて周知し、日常的に自らの週間予定を明示して共有に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>管理者は、法人内の動きに関与する役割を担いつつ、当事業所の管理者の役割と責任をどう果たしていくのか、世話人が多くを占める職員体制のなかでのリーダーシップの確立と発揮が求められる。取り組みの強化を期待する</li> </ul>	

【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)63.6% b)18.2% c)0.0% 無回答)18.2%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法令遵守について、管理者は関係機関による研修や法人内の会議、研修等への参加を通じて遵守すべき法令等の把握と理解に努めている。特に報酬改定に関しては経営に直結するものであり、関心を持って情報収集している。また、就任1年目であることから、改めて事業所内のさまざまな契約や利用者情報の更新状況等に関する検証を行っている途上である。</li> <li>・管理者は、法人が今年度、新たに財務に関する規程や権限の見直しを目的に設置した「ガバナンス改革プロジェクトチーム」のメンバーの一人であり、その取組みを通じて公認会計士からの指導を受けるなど、財務に関する知識の向上に努めている。</li> <li>・制度改正などの情報は、法人本部から提供されるものも含めて、職員への周知に努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、法人内の取組みを通じて理解に努めているが、管理者が遵守すべき法令等は多様であり、さまざまな機会を通じてそれらに関して適切に理解するとともに、同様の理解を職員に促すためのリーダーシップの発揮が求められる。取組みの強化を期待する。</li> </ul>	

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)36.4% b)45.5% c)0.0% 無回答)18.2%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者との日常的な関りは世話人(非常勤職員)が中心であることから、管理者は世話人による支援の内容や質に課題認識を持ち、世話人会議で権利擁護をテーマに取り上げるなど、その向上を図ろうとしている。</li> <li>・一方で、常勤職員固有の役割や業務内容について検証と見直しを課題としている。ここ数年来、法人では利用者の通院などの機会には法人内の他事業所によるホームヘルパーを利用する方針であり、それに伴って日中業務が中心となる常勤職員の業務の見直しの必要性が生じている。</li> <li>・ホームによっては、家屋の老朽化が進んでおり、修繕や新たな家屋への移転も含めて検討するなど「住まいの質を改善したい」としている。</li> <li>・職員に対しては、法人内外の研修情報を発信している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、サービスの質の向上に意欲を持ち、人的サービスおよび設備の両面において質の向上を図ろうとしている。</li> <li>・そこでは、常勤職員の業務の見直しを含め、管理者には事業所が提供している支援の質に関する現状・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、組織的な取組みを底上げしていく役割を担うことが求められる。管理者としてのさらなる取組みを期待する。</li> </ul>	

【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) 45.5% b) 36.4% c) 0.0% 無回答) 18.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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直接的な関与はしていない。</li> <li>・管理者は、利用者定員を充足させて稼働率をできる限り100%に近づけ、経営の安定化を図ることを重要な課題としている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人事、労務、財務等については主に法人が担うしくみであり、さらに今年度は、法人は新たに「人財マネジメント会議」「総務ICT化会議」「ガバナンス改革プロジェクトチーム」などを設置し、経営改革に取り組んでいる。</li> <li>・管理者には、それらの法人としての取り組みと役割分担を踏まえながら、事業所内において、より適切に業務の実効性を高める取り組みの実現に向け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。</li> </ul>	

## 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) 18.2% b) 27.3% c) 9.1% 無回答) 45.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人としての「キャリアパスのしくみ」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。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、それらによっ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、人事評価制度を連動させることに努めている。</li> <li>・法人では、職員の確保と育成に一体的に取り組むため、今年度は新たに「人財マネジメント会議」(人財育成チーム、人財確保+採用メディアチーム)を設置して体制強化を図っている。具体的な採用活動はホームページやSNS(ソーシャルネットワーキングサービス)によるPR、拠点ごとの職場説明会の開催、職員紹介制度、独自の就職説明会の動画配信、リモートによる就職イベントへの参加など、特にインターネットを活用した採用活動に力を入れている。なお、職員紹介制度には、今年度から嘱託職員も対象に加えている。</li> <li>・事業所においては、常勤職員の採用や異動は法人全体で行われるが、世話人の確保が焦眉の課題であり、ポスター掲示、ホームページへの掲載のほか、特に口コミによる紹介を期待して現世話人などに働きかけている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人としての体制強化や取り組みの工夫は行われている一方で、事業所では主たる担い手である世話人が次第に高齢化してきているため、新たな確保が課題となっている。</li> <li>・業務内容、勤務時間の制約、ホームによっては宿直勤務があるなどの特徴を持つため、適切な担い手の確保が難しい状況である。取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

【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) 18. 2% b) 18. 2% c) 9. 1% 無回答) 54. 5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、新たに「人材マネジメント会議」を設置し、人材の確保と育成を一体的に進める体制を整備している。</li> <li>・キャリアアップのしくみとして「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」からなる制度を整備している。</li> <li>・上記のしくみのなかで、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)を行って、4月にフィードバックしている。</li> <li>・これらは「キャリアパス運営手引き」などにまとめて明示している。また「期待する職員像」を法人のブランドブックに明示し、職員に配布している。</li> </ul> <p>・なお、この項目に関する職員自己評価の結果は、肯定的な回答の割合が低く(a評価: 18. 2%)、また半数以上(54. 5%)が「無回答」であった。しかし、世話人が多くを占める職員体制(職員数15名のうち世話人が11名)であることを考慮して、法人全体の取り組みに対する評価を行った。</p>	

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) 54. 5% b) 18. 2% c) 0. 0% 無回答) 27. 3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として勤怠管理を電子化して出勤、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。</li> <li>・常勤職員は、月ごとに有給休暇を1日以上取得するよう取り組んでおり、また当事業所では残業は少ない状況である。</li> <li>・個々の職員の面談の機会は、クムパートナー制度(後述する当法人のOJTのしくみ)でのクムパートナーとの日常的なやりとりや、人事考課面接があり、それらの際に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、法律事務所への公益通報のしくみを設けている。</li> <li>・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)および岡山県民間社会福祉従事者育成制度(岡山県社会福祉協議会)に入会しているほか、慶弔見舞金、職員互助会、5年ごとに研修旅行がある。また、当法人職員向けの企業主導型保育所を開設している。</li> <li>・法人では、働きやすい職場環境づくりに積極的に取り組んでいる基準を満たす事業所として「おかやま☆フクシ・カイゴ職場 すまいる宣言」(岡山県福祉・介護人材確保対策推進協議会による)を行っている。</li> <li>・事業所では、管理者が日常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ほか、世話人会議(2カ月ごと)の機会に世話人が相互に、あるいは管理者等と意見交換する機会がある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所では、勤務時間外であっても緊急時などに電話などで対応せざるを得ない場合があり、管理者は担当制などの役割分担や、その一方での業務改善も含めて検討の必要があるとしている。</li> <li>・また、常勤職員固有の役割や業務内容の検証と見直しが課題となっており、働きやすい職場づくりの観点からも、課題の整理とその改善に向けた取り組みが求められる。</li> </ul>	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

【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)36.4% b)27.3% c)0.0% 無回答)36.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として「期待する職員像」をブランドブックに明示し、職員(正職員、嘱託職員A)に配布している。また「キャリアパス運営指針」のなかで「人財の育成の方針」を掲げて「使命感、倫理観を有する職員の育成」などを示し、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。</li> <li>・目標管理は、法人が初任者・中堅職員など階層別に求める専門性や能力を明示し、それを踏まえて各職員が「業務・目標管理シート」等の所定の様式によって目標を立て、上席の職員との面接でそれを決定する。その進捗管理は、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、4月中旬に各職員にフィードバックする仕組みである。</li> <li>・事業所では、一人ひとりの世話人と年2回の面接の機会を設け、意見や要望を聞いている。</li> </ul>	

【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)45.5% b)18.2% c)0.0% 無回答)36.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、新たに「人材マネジメント会議」を設置して人材の確保と育成を一体的に進める体制を整備し、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。キャリアアップの仕組みは「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」で構成されるもので、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仕組みである。</li> <li>・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。</li> <li>・OJT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)を任命して社会人・職業人としての育成を図っている。OFF-JTでは、法人研修(常勤職員対象の階層別研修、実践発表、嘱託職員対象の研修など)、拠点ごとに行うキャリアアップ啓発研修(種別研修、課題別研修)、事業所内研修を位置づけるとともに、外部研修機関による研修にも必要に応じて参加させている。なお、今年度はコロナ禍で、外部の研修機関による研修の中止が多い状況である。</li> <li>・事業所では、ホームごとの世話人会議(2カ月ごと)を事業所内研修の機会としても位置づけ、年度当初の事業計画の周知のほか、職員の発案によって権利擁護などのテーマを設けて実施している。なお、年度末には年度の振り返りの機会として、全世話人と常勤職員(生活支援員)による合同世話人会議も行っている(年1回)。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、正職員に対する教育・研修の仕組みを確立させ、事業所では世話人会議を世話人教育の機会として活用している。しかし、世話人を中心とする職員体制に世話人が提供するサービスの内容と質をどう位置づけ、その質を向上を図るための教育・研修の機会をどう構築するのかが課題となっている。課題の整理と取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

【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。	a
	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) 54. 5% b) 9. 1% c) 0. 0% 無回答) 36. 4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、クムパートナー制度によってOJTを組織的計画的に行っている。これは、クムパートナーが新任職員に対して社会人および職業人としての指導や相談を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コメントを記入して指導することがルールとなっている。なお、この制度は指導に当たるクムパートナー自身の成長(キャリアアップ)も目的の一つに位置づけている。</li> <li>・法人全体と拠点ごとに実施する研修の多くは対象者が特定されており、事業所では対象となる職員を参加させている。</li> <li>・業務に必要な資格取得を奨励し、受験費用や資格更新費用の助成を行っている。</li> <li>・事業所内で隔月に開催する世話人会議を研修の機会としても位置づけており、毎回ほぼ全員の世話人と常勤職員が参加している。</li> <li>・なお、世話人を中心とする職員体制で世話人が提供するサービスの内容と質をどう位置づけ、その質を向上を図るための教育・研修の機会をどう構築するのかは課題となっている。</li> </ul>	

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

【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) 18. 2% b) 9. 1% c) 9. 1% 無回答) 63. 6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内の他事業所での社会福祉士等の実習生の2次的実習施設という位置づけで受け入れており、内容は見学が中心である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2次的実習施設としての対応とは言え、事業所として実習生の受け入れに関する方針や内容の標準化等の体制整備は課題である。取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

## 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)63.6% b)0.0% c)0.0% 無回答)36.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページおよびSNS(Instagram)を開設し、いずれも法人(メディア委員会が担当)が管理している。ホームページには法人概要、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。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回を目標に更新している。</li> <li>・法人の広報誌(クムレだより「ふれあい」)を年3~4回発行(約1,000部)発行し、利用者・後援会の会員などに配布している。</li> <li>・2020年度から年度ごとに「クムレレポート」を発行して関係機関や利用者家族に配布し、前年度事業報告、決算、職員の状況(年齢、男女比、採用者数、離職者数、労働時間など)、新年度事業計画等を明示している。掲載内容は、写真、数値、イラスト等を多用し、読みやすさのための工夫に努めている。</li> <li>・なお、苦情・相談の体制や内容に関する情報公開については、法人のリスクマネジメント委員会で実施方法やその内容について検討中である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、日常的な活動内容、第三者評価の受審結果、財務諸表など積極的に事業の透明性の確保に努めている。</li> <li>・苦情対応等についての公開を検討中であり、今後の取り組みを期待する。</li> </ul>	

【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)45.5% b)0.0% c)0.0% 無回答)54.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として経理規程および同規程細則を定め、予算、金銭の出納、物品購入や設備工事の契約額に応じた決裁区分や経理上の基準を定めるなど、適切な経理事務の実施に努めている。当事業所では経理に関する実務はほとんどないが、規程類は事務所にファイルして保管し、必要があれば閲覧できるようにしている。</li> <li>・今年度、新たに法人に副理事長をリーダーとする「総務ICT会議」を設置し、内部監査を実施する体制を整備している。</li> <li>・今年度は、新たに法人に「ガバナンス改革プロジェクトチーム」を設置して、プロジェクトメンバーが公認会計士の指導を受けて財務諸表の読み方の学習を実施するなど、より適切な事業運営に向けた取り組みの強化に努めている。</li> </ul>	

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) 45.5% b) 36.4% c) 0.0% 無回答) 18.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。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(おうち)」の諸活動を通じ、取り組みの方向性等を明示している。</li> <li>・当事業所では、公民館の催しを掲示板などで利用者には知らせるほか、地域の他の取り組みや催しについては職員が巡回時に個々の利用者の状況に応じて知らせたり、ホームごとの判断で掲示したりして知らせている。</li> <li>・利用者が買い物や通院などに出かける際には、法人内の居宅介護事業所のホームヘルパーを利用し、タクシーを手配して出かけるなど、地域の社会資源の活用を進めている。</li> <li>・これまで利用者が小学校の通学路で見守り活動を行っていたが、これはコロナ禍で休止され、夏祭り、餅つきなどのイベントも現在は行っていない。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・買い物などの日常の外出においては、法人の方針でヘルパー利用を勧めて対応しているが、コロナ禍にあって事業所のイベントは制限せざるを得ない状況である。</li> <li>・利用者との交流や活動範囲をより広げるための取り組みは、利用者にとり、事業所にとっても重要である。地域情報の積極的な収集と利用者への活用促進および地域との交流機会の創出の工夫など、さらなる取り組みに期待する。</li> </ul>	

【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) 45.5% b) 9.1% c) 0.0% 無回答) 45.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では、地域共生社会づくりの一環と位置づけ、各事業所の取り組みや季節のイベントなどでのボランティアを常時募集(ホームページに掲載)し、ボランティアの活動者には「くもしいきいポイント」を付与し、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。なお、当事業所もボランティア受け入れ事業所の一つに位置づけられ、当事業所を「問い合わせ先」とするボランティア募集のチラシを作成している。</li> <li>・事業所では、ボランティア受け入れに関するマニュアルを整備し、受付の流れなどを明示しているが、現在は受け入れ実績はない。</li> <li>・学校教育への協力として、利用者と職員が花植えの活動などを行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として方針を定めて「ポイント制度」のしくみをつくるなど積極的にボランティアを募集し、受け入れに努めているが、当事業所では受け入れ実績がなく、ボランティアの位置づけや方針は必ずしも明確ではない。</li> <li>・ボランティア活動の拡充は福祉事業所としての重要課題であり、ボランティアの活動領域も多様化している。方針を明確化と取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	



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)54.5% b)9.1% c)0.0% 無回答)36.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常の利用者支援においては、主に相談支援事業所の相談支援専門員、医療機関の医療ソーシャルワーカー、利用者の成年後見人(法人・個人)と必要に応じて連携し、必要な連携先は個々の利用者のファイルに集約している。</li> <li>・上記以外では、特に利用者の日中活動や一人暮らしへの移行の際には法人内の他事業所との連携のもとに支援している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個々の利用者支援に関係する機関との必要に応じた連携を図っているが、社会資源のリスト化や各資源との関係、役割分担、連絡方法などを体系的に明示するまでには至っていない。</li> <li>・また、関係機関との連携が主に法人内の社会資源(事業所)内にとどまっていることもあって、地域の民生委員や町内会関係者との日頃の関わりがほとんどなく、その連携強化を課題としている。職員間の情報共有を含めて、さらなる取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

【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)36.4% b)18.2% c)0.0% 無回答)45.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では「中期経営計画2025」の重点方針の一つに「地域を支え、成長する法人づくり」を掲げ、そのなかで「公益的な取り組み・防災対応の推進」を位置づけている。また、今年度は「地域を巻き込んだ公益的な取り組みの推進」を掲げ、それを踏まえて倉敷拠点および水島拠点でそれぞれ独自の活動を進めている。</li> <li>・当事業所のある倉敷拠点では、法人の「中期経営計画2025」で「拠点コンセプト」を「居心地のいい地域(人と人をつなげていく・地域づくり)」と定め、その地域拠点(基地)として、開所予定を含めた4カ所を設けて、さらに新たな地域拠点づくりに向けた地域住民との協議も進めている。</li> <li>・地域拠点は「ひろば栗の家(おうち)」「上東商店」「山手やさい食堂」「おうちだ」(2022年4月開所予定の多機能型重度グループホーム)の4カ所で、それぞれ倉敷拠点内の事業所が地域住民とともに地域の福祉ニーズや生活課題を把握しながら地域の状況に応じた活動を進めている。</li> </ul>	

【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)36.4% b)18.2% c)0.0% 無回答)45.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所のある倉敷拠点の4つの地域拠点では、各地域の状況に応じてそれぞれ公益的な活動を行っている。</li> <li>・「ひろば栗の家(おうち)」では、カフェスペースや多目的スペースなどを利用したオレンジカフェ(認知症カフェ)、編み物教室、フラワーアレンジメントなどを実施し、また「上東商店」(昨年購入した民家)は不登校児の居場所として、さらに町内会の話し合いの場などとして活用している。「山手やさい食堂」では子ども食堂を開くなど、それぞれ取り組んでいる。なお、2022年4月に開所予定の「おうちだ」には地域交流スペースを設け、誰もが集える居場所づくりを目指すとしている。</li> <li>・法人では「地域公益活動推進センター」を置き、居住支援(障害や低所得等で住宅の確保が難しい人を支援)、中間的就労(さまざまな事情で働くことが難しい人に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(クムレいきいきボランティアなど)に取り組んでいる。</li> </ul>	

### 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-1-1-1-① 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)90.9% b)0.0% c)0.0% 無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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10の心得」を事務所と各ホームに掲示している。「クムレ10の心得」は、利用者による自治会を開いているホームでは、その開催時に読み上げている。</li> <li>・人権に関して、法人の人権倫理委員会で事業所ごとに毎月の目標を作成している。当事業所では、職員会議と世話人会議で月ごとの人権目標の振り返りを行うなど、大切にしたい支援観「自立(自律)」「尊厳」「ハビリテーション」の統一に取り組んでいる。</li> <li>・法人では、権利擁護やハラスメント防止などについて学ぶ研修を実施している。また、嘱託職員を対象とした「福祉人として、クムレ人として」と題した研修を実施している。</li> <li>・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とされる職員のストレスチェックを行っている。</li> </ul> <p>・なお、法人のこれからの「ありがたい姿」では「人権意識の向上および支援の方向性の統一」を取り上げ、5年後には「入居者にも人権意識がわかるように伝え、意識することができている」を到達する姿としている。この「姿」に向けたさらなる取り組みを期待する。</p>	

【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)45.5% b)36.4% c)9.1% 無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・住まいの場は、個室ではあるが、4～9名の共同生活であり、プライバシーを守ることは社会性を培うことでもあるとして、本人の同意なく入室することはしない。鍵の使用などについてはルール化し、職員はもとより、利用者にも伝えている。</li> <li>・相談は、基本的には利用者の部屋で対応することとしている。</li> <li>・人権研修では、適切な支援や声かけなど、プライバシーに配慮した視点を入れた研修を実施している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・プライバシー保護については、重要事項説明書への記載がなく、また当事業所独自のマニュアルにも、留意点としての記載は見られない。取り組みが必要である。</li> <li>・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」である。共同住居であり、世話人含む職員同士の会話などが台所など共用の場で行われることを懸念し、電話連絡などを優先しているが、確実性を期したさらなる取り組みを実施することを期待する。</li> </ul>	

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)54.5% b)9.1% c)0.0% 無回答)36.4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業に関する情報は県のホームページでも紹介されていることが影響してのことか、相談支援事業所や医療機関からの問い合わせがある。当事業に関する独自の紹介は、A4判のリーフレットには、当事業の概要、写真入りでの5つのホームの様子、利用料金、日常生活の過ごし方など紹介し、法人が経営するカフェ「ひろば栗の家(おうち)」に置いている。また、相談事業所には送付している。</li> <li>・法人が作成する「クムレレポート」は、関係機関へ送付するとともに、カフェにも置き、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1～2回、ブログで事業所の状況を伝えている。</li> <li>・利用希望者の見学者については断らず、個々人の状況・希望を受け入れている。また体験利用を勧め、1泊2日から50日までの体験を可能としている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・リーフレット、ホームページ、および「クムレレポート」は、主に法人の理念の実現に向けた「地域共生社会」の取り組みを紹介しているが、当事業については「住まいの場の提供」であることも影響しているのか、特段の紹介・掲載は見られない。今後の検討を期待する。</li> </ul>	

【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)63.6% b)18.2% c)0.0% 無回答)18.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス利用開始に至る流れは、まず見学後に利用意向について確認を行い、さらに体験利用を勧めている。そして、入居の意思を確認したら、事業所内で「体験後会議」を開いて決定し、また利用者の状況を入居ホームの世話人に紹介して意向を把握している。入居が決定した場合は、利用者、家族、日中活動する場の職員、相談支援員などの参加を得て「入居前会議」を開催し、今後の生活について検討する。また、医療的な側面からの判断が必要な場合は、法人内の他事業所の看護師に相談することができる。</li> <li>・契約当日は管理者とサービス管理責任者が同席し、重要事項説明書と契約書の内容を説明する。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、より必要性の高い項目は重点的に扱い、わかりやすい言葉で伝えられるように努めている。</li> <li>・意思表示が難しい利用者の意向の把握については、関係機関からの事前情報を活用して対応している。また、見学から体験利用に至るまでの期間で、利用者とのコミュニケーションを図るために必要な方法や障害特性などを把握して対応している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・意思表示が難しい利用者の意向の把握について、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に、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、さらなる工夫を行うことを期待する。</li> </ul>	

【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) 54.5% b) 0.0% c) 45.5% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・昨年度は、高齢者施設への入所で1名が退居し、一人暮らしを2名が開始している。なお、入院による退居の場合はカンファレンスを実施し、申し送りを行っている。カンファレンスの場所は、参加人数によって事務所などを利用し、個人情報の保護確保に努めている。</li> <li>・当事業所から退居して地域で生活する場合は、十分な話し合いを行っている。例えば、移行により現在利用しているサービスが使えなくなってしまう場合は、それに代わるサービス機関を紹介・調整すること、およびその利用契約ができるように相談支援員とも相談しながらサポートしている。</li> <li>・入居者の心身の状態に合わせて他のホームに利用を変更する場合は、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、その後の支援について依頼している。そして、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。</li> <li>・引き継ぎにあたり、紙面などでも情報共有を行い、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、また暮らす地域での定着については直接話し合うなど、アフター対応による相談を受け付けている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用終了者が少ないことが影響しているのか、引き継ぎのためのマニュアル・手順書が整備されていない。2年前に1つのホームが地域移行の場として開設されている。また、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。引き継ぎのためのマニュアル・手順の整備に取り組むことを期待する。</li> </ul>	

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) 利用者満足度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) 利用者満足度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) 利用者満足度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) 36.4% b) 18.2% c) 45.5% 無回答) 0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の取り組みとして、利用者満足度調査を年1回実施している。昨年度については、その結果の公開や活用が不十分であったことを課題としているので、今年度は調査結果を公開し、また利用者の意向については事業計画に反映させる方針である。</li> <li>・利用者の意向や意見について、生活上の課題については、世話人や担当職員が毎日の把握に努めている。また、月1回はホームごとに職員が参加して「自治会」を開催しているので、そこで生活上のルールなどについても話し合い、変更をすることなどもある。</li> <li>・半年ごとの個別支援計画のモニタリング時期の個別面談で、利用者本人の希望や感想・意見を確認している。</li> <li>・利用者の意向を把握する場としての家族会の設置はなく、必要時に個別対応している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価の結果では、肯定率は高くない。その背景に、当事業所では利用者から直接に意見を聞く場として個別面談および自治会があるが、そこでの提案に関する取り組みの不十分さ、および家族会の設置がないことを課題にした結果と思われる。</li> <li>・一方、利用者調査(面接・アンケート調査)では、約7割が「不満や要望は対応されている」と回答している。要因分析と具体策の実施を期待する。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

【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) 45.5% b) 9.1% c) 0.0% 無回答) 45.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。第三者委員について倉敷拠点では地域民生委員が登録されているが、直接利用者と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までには至っていない。苦情解決制度については、各ホームで掲示している。</li> <li>・苦情・意見は、家族から電話で伝えられたり、家庭連絡帳などに記入されて把握することがあるので、その場合は職員間で検討し、解決状況を直接報告している。また、受け付けた苦情等については、法人が示す苦情解決システムに沿って取り組み、さらに「拠点会議」でも共有している。</li> <li>・ホームによっては「苦情カード」をつくり、苦情の内容をわかりやすく表現して、苦情を言いやすいように対応しているところもある。苦情を受け付けた場合は、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。</li> </ul> <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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2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。</li> <li>・当事業所には「苦情解決・対応マニュアル」は見当たらない。検討が必要である。</li> <li>・社会福祉法人には、より高い透明性の確保が求められているため、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。法人のリスクマネジメント委員会が中心となって公開する方針であり、現在、読み手への見せ方について検討中である。実行を期待する。</li> <li>・この評価細目では、苦情解決状況の公表を行っていない場合は「c」と評価するとされている。</li> </ul>	

【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) 27.3% b) 27.3% c) 0.0% 無回答) 45.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所に対する意見・要望については、担当職員、各職員、世話人、日中の就労先の職員、相談支援員など、利用者は誰にでも相談できることを伝えている。</li> <li>・相談や意見などは、居室や他の利用者がいない場所などで話せるように、事業所として環境への配慮を行っている。利用者が安心して相談できる空間をつくっている。</li> <li>・個別支援計画のモニタリング時の個別面談は、担当者やサービス管理責任者が利用者の意見等をゆっくり聞く機会としている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情の受付だけでなく、相談・意見などの受付、また誰にでも相談できることなどに関する利用者への周知、そして利用者の選択を重要視した取り組みの充実を期待する。</li> </ul>	

【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)63.6% b)9.1% c)0.0% 無回答)27.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員は、ホーム巡回時や直接の電話、メールなどで積極的に意見・相談に対応し、各職員所有の法人携帯電話のメッセージ機能を活用して即座に職員間で情報共有している。また、ホーム以外にも、就労先なども記録共有システム「ケアコラボ」で情報共有し、迅速な取り組みを意識している。</li> <li>・意見などを把握した際には職員会議や世話人会議でも取り上げ、対応について検討している</li> <li>・今回の第三者評価での利用者アンケートでは、関連質問項目である「不満や要望にきちんと対応してくれますか」で全体の7割程度が「はい」と回答している。</li> </ul> <p>・なお、利用者の意見や要望の把握から対処までの過程、利用者へのフィードバックのしくみについては、サービスの質の向上につなげる観点から、利用者等の要望への「対応マニュアル」の作成について検討することを期待する。</p>	

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

【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)45.5% b)0.0% c)54.5% 無回答)0.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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の開催や発生事故についてのケース検討を実施するなど、ヒヤリはっと、事故、気づきの側面から積極的に取り組みを進めている。さらに、当事業所内では、世話人会議でホームごとに気になる点について話し合っている。</li> <li>・事業所内部では、事故、ヒヤリはっと等の発生時には、発見者が管理者および担当職員に報告し、ホームの世話人を交えて発生原因と対応策について検討している。その状況は、日誌を通じて全体で共有している。</li> <li>・再発防止の視点から、1カ月後の振り返りに取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各ホームは、アパート形式か戸建ての建物である。そのなかで、交流室の規模、階段の設置状態、玄関などの段差の状況等、ホームごとの構造上の違いが大きい。それぞれのホームが待つ建築上の危険性などについても異なると思われるが、危険性の観点から評価し、利用者への周知を行うとともに、定期的な点検が求められる。</li> <li>・服薬に関する事故報告は複数報告されている。支援上の配慮・工夫が不十分であると思われる。事故と分類し、要因分析および対策の適切性が求められる。今後の取り組みに期待する。</li> <li>・「ヒヤリはっと処理報告書」への記載は、常勤職員が担当してきた。しかし「事故」や「ヒヤリはっと」は、世話人が一人で支援しているときにも生ずることであり、気づきを深める視点や再発防止の充実からも、さらなる検討を期待する。</li> </ul>	

【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)63.6% b)18.2% c)0.0% 無回答)18.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症については、法人の「リスクマネジメント委員会」内の感染症対策チームおよび看護師連絡会が対応している。法人統一の感染症対策マニュアルがある。また、事業所独自のマニュアルを作成し、その改訂時には職員にも確認して追加・修正を行い、各ホームに配布して活用できるようにしつくりを整備している。</li> <li>・法人として感染症に関する研修会の開催があり、職員はその研修に参加するとともに、法人の「看護師会連絡会」から指導を受けるなどして感染対策を行っている。職員会議、世話人会議で勉強会や対策について検討し、新型コロナウイルスへの感染予防対策などの環境面や、利用者の生活に合わせた取り組みを行っている。</li> <li>・インフルエンザや熱中症など、行政から注意喚起が出た際には、利用者にわかりやすい表やイラストが入った書面を作成し、それを利用者が気づきやすい各ホームのリビングなどに掲示している。また、ノロウイルス対策として、吐物処理の研修を常勤職員が受けている。なお、世話人には映像で見てもらい、実際に実技を行ってもらうなどの研修を実施している。</li> </ul> <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では、新型コロナウイルス感染症への対策について、陽性者が発生した場合には常勤職員4名という少人数体制での対応が求められるなかで、発生時および事業継続の取り組み、例えば法人内の応援体制などについて「具体策が示されていないこと」に対する不安が寄せられている。改善に向けた対策が求められる。</li> </ul>	

【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)45.5% b)27.3% c)0.0% 無回答)27.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自然災害に対する取り組みとして、災害対策委員会が地震・火事・津波に関する研修会を予定し、またBCPについては、現在外部の有識者を加え、見直しをしている。また、職員を対象に名寄せリスト、メールなどで一括して安否の確認を行う方法を検討している。</li> <li>・災害に対する現状の取り組みは、ホームごとに年2回の避難訓練を実施しているほか、食品の備蓄、利用者各自への「避難バッグ」の準備などがある。また、各ホームごとに「避難経路図」を作成し、火事や地震の発生時に注意すべきことをわかりやすく記載して、交流室などに掲示している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地震や豪雨などのマニュアルを作成しているが、5つのホームのなかには、かなり古い建物もある。住宅地あるいは河川のみもとなどに所在し、また建物の構造も多様である。さらに、利用者の障害状態も多岐にわたり、かつホームには一人の世話人が交代で担当し、常勤職員は日中の時間帯に巡回して対応している。このような複雑な状況のなかで、職員・世話人は災害対策について大いなる不安を持っている。当事業の特性や各ホームの特徴、危険性などの分析と対策が求められる。</li> <li>・地域との連携、協力依頼についても、今後の課題である。</li> </ul>	



### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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

【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) 54. 5% b) 0. 0% c) 9. 1% 無回答) 36. 4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所独自のマニュアル・手順書、職務遂行要領書の整備については、業務分野では世話人業務や宿直業務手順、業務に関する記録類、および見学対応の内容などがある。一方、法人で作成しているマニュアルは、苦情対応、緊急時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ものである。</li> <li>・標準的な実施方法に関しては、世話人会議で現状に即した支援などについて話し合っている。また、宿直専任者についても、業務手順などに変更があった場合は事前説明や回覧を行って周知している。</li> <li>・各ホームで取り組むべきことは、対応の時間軸に沿った手順書として文書化している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業の職員配置・体制については、常勤職員は4名であり、直接的な支援業務は主にホームを担当する世話人が担当している。また、宿直専任者がいるなど、複雑・分断的とも言える働き方の特徴がある。利用者の視点から、職員間の共通理解を推し進めるために必要な業務を洗い出し、マニュアル化・標準化すべき項目の明確化が必要である。</li> <li>・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、マニュアルの見直し、そして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しくみづくりを検討するよう期待する。</li> <li>・マニュアル作成時には、担当者、作成のプロセス、成果日などを計画し、確実に取り組むことを期待する。</li> </ul>	
【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) 45. 5% b) 0. 0% c) 18. 2% 無回答) 36. 4%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各ホームの時間軸で取り組む手順書については、毎年見直しを実施している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マニュアル化や手順書化ができていないので、まずはそれらを作成することであるが、同時に見直しの基準や時期なども検討し、確実に実施する必要がある。</li> </ul>	

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)45.5% b)9.1% c)0.0% 無回答)45.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・常勤職員がそれぞれの担当利用者について決められた書式(アセスメントシート)を用いてアセスメントを行い、サービス管理責任者がその内容を確認して個別支援計画を作成するしくみである。なお、担当者は、個別面談、世話人からの聞き取り、個別のケース記録から利用者の状況を確認している。また、アセスメントシートによる状況の確認と併せて「生活の希望」を利用者本人と家族が記入する。それらをもとに担当者がニーズの整理を行い、個別支援計画(案)を作成し、サービス管理責任者とともに確認している。その後、利用者、家族、日中活動の事業所等の関係機関による「ケア会議」で検討し、個別支援計画を作成する。ケア会議には、法人の看護師や病院・行政のケースワーカーなどが利用者の状況に応じて参加している。                      ・アセスメントシートは、法人内の事業所と協働して、今年度に新しい内容に見直している。なお、障害支援区分認定調査項目を基本にしたアセスメントシートになっている。</p> <p>■ 改善課題                      ・アセスメントシートは、障害支援区分認定調査項目を参考にしたものに変更したが、当事業所では健康面が十分に捉えられていない等の課題認識があり、さらに検討を進めていく予定である。改善を期待する。                      ・また、職員自己評価では「無回答」が45.5%あり、アセスメントや個別支援計画の作成が職員全体のものにはなっていない状況が推測される。日々の直接的な支援の多くを担っている世話人も含めて、職員全体が個別支援計画作成のプロセスを理解できるように取り組みを行うこと期待する。</p>	

【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)45.5% b)9.1% c)0.0% 無回答)45.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況                      ・個別支援計画については、半年ごとにモニタリングを行っている。併せて、アセスメントの見直しも行っている。アセスメントシートは利用者状況の推移を捉えやすいように、4回分の記入ができるようにしている。                      ・個別支援計画の進捗状況は、毎月の職員会議や他事業所との情報共有の場で随時確認している。                      ・半年ごとの見直しは、各ホームで独自の手順によって行われている。</p> <p>■ 改善課題                      ・個別支援計画の作成および見直しについての標準化・文書化はなく、各ホームが独自の手順で行っていることが課題であると当事業所では捉えている。改善を期待する。</p>	

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)45.5% b)9.1% c)0.0% 無回答)45.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画を意識できるように、日誌にファイリングしている。</li> <li>・リスクマネジメント委員会主催の研修で、記録の書き方について主観と客観の書き分けの研修を行った。職員相互に必要な情報は記載するという暗黙のルールはあるが、何を書くかは職員それぞれに任されている。</li> <li>・個別の記録は、介護記録システム「ケアコラボ」で随時記録している。各ホームの巡回時に世話人や利用者本人に状況を聞き取りし、その場で端末からの入力を行っている。世話人が気づいたことは「申し送りノート」に記載している。また、宿直担当者は、服薬介助やトイレ誘導などの決められた支援の実施状況をチェックしている。</li> <li>・利用者状況のほか、事業所や法人の動きなどの共有すべき情報は日誌にも記載するが、月1回行われる「職員会議」や「世話人会議」で情報共有している。</li> <li>・記録内の不適切な表現と思われる記述については、職員相互に指摘し合っている。また、管理者が確認し、指導を行っている。</li> <li>・なお、介護記録システム「ケアコラボ」の導入により、日誌や個別支援記録が随時に、どこでも入力・確認できるようになり、記録や情報共有についての省力化が進んでいると事業所では判断している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ICTの活用により、記録作業の省力化と情報の共有化が進んでいる。また、記録の書き方についても研修を行っている。現在は経験のある常勤職員が記録を担当し、何を書くべきかの判断は職員に任されている。利用者に直接関わる時間は非常勤職員が中心の世話人が多くを占めるが、世話人は記録の業務を担っていない。誰が書くのか、何を書くのか、どのように書くのかを標準化し、記録の適切性の確保に向けて、さらに検討することを期待する。</li> </ul>	

【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。	a
	b) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)36.4% b)18.2% c)0.0%無回答)45.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では「個人情報・特定個人情報保護規定」「個人情報・特定個人情報安全管理細則」に記録の管理、保存、廃棄、情報公開等の規則を定め、各事業所ではそれらの規定に基づいて取り組んでいる。</li> <li>・また、人権倫理の一環として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。</li> <li>・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方法や使用方法について説明し、同意を得ている。また、法人のホームページでも取り組み方針を明示している。</li> <li>・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、記録内容への不正アクセスを防止している。</li> <li>・事業所内の記録管理については、管理者が責任者である。</li> </ul> <p>・なお、個人情報保護についての利用者・家族への説明は契約時のみであり、その後この契約は自動更新のため、改めて説明する機会がない。利用者・家族の十分な理解が得られるように、毎年決まった時期には改めて説明する等の改善を期待する。</p>	

## 内容評価項目

### A-1 利用者の尊重と権利擁護

#### A-1-(1) 自己決定の尊重

【A1】A-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。	a
	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) 72.7% b) 9.1% c) 0.0% 無回答) 18.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では利用者の状況に応じて選択肢の提示を工夫し、視覚化する、経験を増やすなどの取り組みをしている。</li> <li>・入浴時間や夜間・休日の過ごし方は利用者本人に任されている。食事も、献立を実際に見てから「食べない」と表明したり、また「自室で食べる」という選択も可能としている。</li> <li>・居室はカーテンとエアコンのみ設置されているが、その他の家具調度類は本人が自分の好みで用意している。</li> <li>・各ホームには利用者の自治会があり、自らの生活に関わるルールについて話し合い、その結果をリビングに掲示し、確認できるようにしている。</li> <li>・法人の「人権倫理委員会」で出された毎月の権利に関する目標について、当事業所では月1回の職員会議、世話人会議で、目標と個別の支援を照らし合わせ、実施できたかどうか振り返りを行っている。当事業所では、自らの支援を振り返りながら、利用者の自己決定を尊重した支援に努めている。</li> <li>・利用者アンケートでも、関連項目についての肯定率が高い。</li> </ul>	

#### A-1-(2) 権利擁護

【A2】A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	C
	b) -	
	c) 利用者の権利擁護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) 36.4% c) 18.2% 無回答) 45.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当法人では虐待防止委員会および身体拘束適正化委員会は人権倫理委員会が兼ね、虐待防止責任者を定め、全職員対象の研修を実施して「虐待対応マニュアル」を定めている。</li> <li>・また、県が実施する虐待防止権利擁護研修に参加し、職員会議、世話人会議で復命し、考え方や対応の方法等を職員間で共有している。</li> <li>・当事業所では、権利侵害の防止のためには、個々の利用者のコミュニケーションの特性理解が不可欠ととらえており、アセスメント欄にはコミュニケーション欄を設け、状況を職員間で共有している。</li> <li>・また、職員一人で動いてもらうことが多いという事業所特性を理解し、職員の不安やそこから発生する不適切な対応が埋もれてしまわないように、職員が巡回するときには、ざっばらんに何でも話せるように配慮し、世話人会議では事例を出して支援のあり方の振り返りを行っている。</li> <li>・権利侵害の事案が発生したときは、社内情報共有システムで事例の検証と再発防止を相談し、対応策を決定することになっている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・権利侵害の防止に向けてさまざまな取り組みがなされているが、職員自己評価の肯定率は4割弱であり、十分とは言えない。</li> <li>・現在は「身体拘束が求められる場面や権利侵害にあたる事案に遭遇したことがないため、迅速な対応ができるかどうか不安」という意見も聞かれている。自らの支援だけでなく、日中活動事業所や就労場所での関わり、家庭での様子などにも目を配り、権利侵害の防止等に関する取り組みを徹底するよう期待する。</li> </ul>	

## A-2 生活支援

### A-2-(1) 支援の基本

【A3】A-2-(1)-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) 63. 6% b) 18. 2% c) 0. 0% 無回答) 18. 2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自律・自立生活に向けて「できるだけ自分のことは自分でできるように」と取り組んでいるが、各ホームにより状況が異なっている。食事の配膳や食器の片づけを自分で行うホームもあれば、テーブルに着席するまでに食事や薬がセットされているホームもある。また、共有スペースの清掃を職員が行っているホームと、当番で利用者が行っているところもある。利用者の状況に応じている部分もあるが、世話人の判断に任されている部分もある。</li> <li>・共同生活がスムーズにできるように、各ホームの自治会で、自分たちで取り組むことを話し合いで決めている。</li> <li>・利用者の状況に応じて、アパートでの一人暮らしに向けて取り組んでいる人もいる。一人暮らしに向けて必要なことを話し合ったり、ヘルパーや成年後見人等の社会資源の活用等を利用者と検討している。行政手続きや不動産の契約等の手続きを一緒に行い、自立に向けて具体的な支援を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事や清掃等日常生活の対応は、それぞれの世話人に任されている部分もあり、自立に向けた取り組みが十分に行われているとは言えない。ご飯をよそうことは難しくても、茶碗を自席に運ぶことはできるなど工程を細分化し、できることに取り組んだり、これまでのやり方を当たり前として疑問を持たず、利用者の生活を狭めている部分はないか再度見直し、検討することを期待する。</li> <li>・また、一人暮らしを始めたOBの経験談を聞いたり、アパートの見学をしたり、自立生活の意欲につながる取り組みも期待される。</li> </ul>	

【A4】A-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) 54. 5% b) 27. 3% c) 0. 0% 無回答) 18. 2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各利用者のコミュニケーションの特徴はアセスメント時に把握して記載し、職員間で共有している。</li> <li>・職員によるホーム巡回時の面談や何気ない会話、電話、メールなど、利用者とのコミュニケーションを図る機会を設けている。</li> <li>・言葉で表現することが難しい人や、整理して話すことが難しい人がいるので、ジェスチャー、イラスト、紙に書く、図に示す、落ち着いて話せる場所や時間を設定する、話の内容をかみ砕いたり具体的な選択肢を提示する等、利用者の状況に応じた工夫を行っている。</li> <li>・利用者の状況は職員会議、世話人会議、ホーム巡回などで情報交換しているため、コミュニケーションについて疑問や不安がある場合は随時に話し合い、対応を検討している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニケーションの支援は、それまでの利用者の生活のなかで培われた方法を生かして工夫をしている。一方、新たなIT機器やコミュニケーションアプリの活用等による能力や意欲の向上の取り組みは十分とは言えない。</li> <li>・現在は慣れた職員とのやり取りで意思疎通の課題は見えにくいと考えられるが、一人暮らしへの移行や新たな生活環境での生活に向けては、誰とでもコミュニケーションがとれるツールの使用も検討が想定される。コミュニケーション支援のさらなる改善を期待する。</li> </ul>	

【A5】A-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) 54.5% b) 27.3% c) 0.0% 無回答) 18.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ホーム内で過ごす時間の大半は世話人が関わっているが、帰宅から夕飯の時間帯に担当職員が巡回し、日常生活の確認を行っている。何気ない会話から日常的な相談を受けられるようにしている。改めて時間を取った方がよい場合は、面談の時間や場所を約束し、個別に対応している。</li> <li>・相談の場面では、利用者の状況に応じて文字や図の活用、選択肢の提示などの工夫を行い、利用者が理解して自己決定できるよう努めている。</li> <li>・個々の職員が受けた相談は申し送りノートや日誌に記録して共有し、スタッフミーティングで対応について話し合っている。</li> <li>・相談の内容によって、個別支援計画の見直しや利用者の自治会での検討なども行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当職員は各ホームの巡回を行い、利用者の話を聞く機会はあるが、ホームでの滞在時間は限られ、何気ない会話からは相談を受け止めることの難しさがある。特に言葉での意思表示が難しい障害特性を持つ利用者の場合は、生活場面の共有により理解できる部分も大きい。</li> <li>・多くを関わる世話人の業務の位置づけや常勤職員のシフトの検討など、より相談を受けやすい環境づくりについて、さらなる検討を期待する。</li> </ul>		

【A6】A-2-(1)-④ 個別支援計画に基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) 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。	a
	b) 個別支援計画に基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) 個別支援計画に基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) 54.5% b) 27.3% c) 0.0% 無回答) 18.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日中は多くの利用者が就労継続支援B型事業所に通所している。グループホーム利用前からの事業所に継続して通えるように調整したり、利用後に新たに希望を確認しながら探すこともある。通所先での活動状況については日常的な電話のやり取りやモニタリングでの個別支援会議などで確認し、調整している。</li> <li>・日中に多くの利用者が通う就労系の通所事業所と情報交換するなかで、余暇支援については当事業所の役割として役割分担を行った。休日も自宅で過ごす利用者が多いため、興味・関心や経験の幅をより広げていけるように情報提供を行い、ヘルパー利用も調整して、利用者が外出先の選択肢を増やせるように努めた。その結果、他の利用者の活動を見て関心を持ったり、外出したり、レクリエーションの幅が広がった利用者もいる。</li> <li>・また、地域の公民館の教室やイベントなどの開催情報を提供したり、一緒に参加する協力者を求めるなどの調整も行っている。</li> </ul> <p>・現在はコロナ禍のため、参加できる活動が減少している。利用者調査の関連項目の肯定率は高いが、コロナ禍の現状でも利用者が充実した余暇を過ごせるように、さらなる検討を行うことを期待する。</p>	

【A7】A-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)54.5% b)27.3% c)0.0% 無回答)18.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在は行動障害のある利用者はいないが、正規職員は強度行動障害支援者養成研修を受講し、発達障害やその2次障害について学んでいる。また、精神障害の利用者の増加に伴い、事業所内部で精神障害に関する研修を実施し、障害への理解を深める取り組みを行っている。さらに、職員一人ひとりについては、それぞれの目標管理のなかで資格取得や自己研鑽について確認している。</li> <li>・日常的な利用者の状況は個別支援記録によって共有し、毎回の職員会議や世話人会議の議題にあげ、状況の共有とより適切な対応について随時の検討を行い、実践し、その結果を再度検討するよう努めている。</li> <li>・利用者の不適応行動に関しては、随時に個別面談を実施するとともに、個別の対応を行っている。</li> <li>・利用者間にトラブルが発生した場合には、当事者のどちらか一方が我慢したり、相手を責めたりすることのないように、互いの状況を理解し合えるように働きかけている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の持つ障害への理解を進め、専門性を高める取り組みを行っているが、非常勤の世話人に関しては、職員からの伝達、世話人会議での検討などにとどまっている。</li> <li>・利用者の日常生活において関わりの多くを世話人が占めていることを視野に入れて、さらに積極的な研修の機会を設けるなどの工夫を行うことを期待する。</li> </ul>	

### A-2-(2) 日常的な生活支援

【A8】A-2-(2)-① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。	b
	b) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画に基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)63.6% b)18.2% c)0.0% 無回答)18.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各利用者に担当職員がいて、支援計画に基づいた支援が行われているか確認している。実際の支援場面は世話人を中心に行われ、夜間の宿直者には他事業所の職員もいるため、支援項目にチェックを入れ、確実に実施できるように努めている。</li> <li>・朝・夕の食事を世話人が作り、提供している。メニューは利用者の希望を聞きながら、季節の食材やその日の天候、利用者の状況を考慮し、世話人が判断して当日に決めている。利用者と一緒に調理を行っているホームもある。リビングで食事しているが、コロナ禍になってからは、食事時間を利用者ごとにずらしたり、希望により自室で食事をとる利用者もいる。</li> <li>・入浴は毎日できる。利用者の帰宅時間により、互いに様子を見て浴室を利用している。シャンプー等の消耗品は自己管理とし、それぞれが好みのもを使用している。現在はいないが、身体を洗うなどの介助が必要な場合は個別支援計画に記載し、支援を実施している。</li> <li>・洗濯は、利用者それぞれが自分でやっている。干し場もあるが、自室に干す利用者が多い。シーツ、布団カバー等のリネン類は、月2回、世話人が利用者に声をかけ、一緒に洗濯をするようにしている。</li> <li>・排泄・着替えについて支援が必要な利用者は、現在はいない。夏物と冬物の衣類の入れ替えにはまとまった時間が必要となるため、休日に担当職員と一緒にやっている。</li> <li>・全盲の利用者や歩行時のふらつきがある利用者があるので、手すりの設置や目印をつけるなどの工夫を行い、ホーム内を安全に移動できるように配慮している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画に基づいた支援を行ってはいるが、その前提となる標準的な支援は各ホームでばらばらである。例えば、利用者が着席前に配膳をしているホームもあれば、利用者が自分の食事を配膳するホームがある。また、配膳した食事にラップをかけているホームと、そうしていないホームがあるなど、食事についての状況にも差がある。</li> <li>・利用者の生活の自立・自律に向けた視点、安心・安全の視点から日常生活支援に関する業務を標準化し、その上で個別の取り組みを個別支援計画に基づいて実施していけるように検討することを期待する。</li> </ul>	

A-2-(3) 生活環境

【A9】A-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) 54. 5% b) 27. 3% c) 0. 0% 無回答) 18. 2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・防犯上の問題から、2つのホームで玄関に防犯カメラを設置した。これについては地域から「住民にとっても役立っている」と評価されている。</li> <li>・すでに建物が老朽化しているホームがある。そのため「設備が古い」「階段が急である」「清掃をしてもトイレが汚い」などの意見が利用者や家族から寄せられている。また、柵のない水路に面したホームもあって、安全管理上の心配もある。事業所としては、足腰が不安な利用者については1階の居室が利用できるように優先したり、日頃からこまめな清掃を心がけるなどの対応をしている。また、利用者が安全に過ごせるように他の物件を探すなどの改善策も検討している。</li> <li>・中古物件ではなく、共同生活援助事業所として建築したホームの建物は、段差がなく、廊下や階段にも手すりが設置され、利用者の快適性や安心・安全に配慮された生活環境である。</li> <li>・ホーム内の共有スペースは、世話人が毎日清掃を行っている。利用者が当番制で行っているホームもある。</li> <li>・感染症予防のために、体調不良時には法人所有の地域活動スペースを利用し、感染が広がらないよう対策している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・老朽化したホームについて、利用者の快適性や安心・安全の改善に取り組むように期待する。</li> <li>・また、当事業所は地域生活への移行を目指して取り組みを行っているが、戸建ての共同生活タイプのため、生活全般について支援者の目に入り、先回りの支援をしがちな環境となっている。事業所の目指す支援が取り組みやすい環境設定についても検討することを期待する。</li> </ul>	

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

【A10】A-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。	a
	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) 45. 5% b) 27. 3% c) 9. 1% 無回答) 18. 2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・消化吸収への影響が心配される姿勢で食事をとっている利用者に対しては、日中活動の事業所とも協働し、法人内の理学療法士、言語聴覚士を活用して食事姿勢の見直しを実施した取り組み例がある。専門職の評価・助言を受け、望ましい姿勢とその姿勢の保持に必要な補助具を写真に撮り、個別のファイルに保存して、食事の際には職員が確認を行い、利用者の食事姿勢が改善されている。</li> <li>・また、健康診断で運動不足など改善の取り組みを助言され、夕食後に散歩を行っている利用者もいる。</li> <li>・通所している介護保険事業所の栄養士の助言を、日常生活の健康管理や食事に生かしている。</li> <li>・利用者の心身の状況に応じて法人内や日中活動の事業所の専門職を活用し、その助言を日常生活に生かして取り組んでいると言える。</li> </ul>	



A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

【A11】A-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)72.7% b)9.1% c)0.0% 無回答)18.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者は、1日2回検温を行い、咳、だるさ等の体調について毎日記録を行っている。世話人や宿直の職員等も、食欲、便通、顔色等の全身状況を確認し、気になることは申し送りノートや個別記録を活用して共有し、必要に応じて対応している。</li> <li>・年1回、健康診断、がん検診等を受けられるように利用者一人ひとりについて調整を行い、健康状態を把握している。健康診断結果により、食事量の調整、メニューの配慮、運動の推奨などを行っている。</li> <li>・定期通院時は、生活の様子をまとめた参考資料を作成し、それを主治医に渡してもらっている。また、年1回は職員が通院に同行して利用者の状況について直接共有し、医師からの助言を受けるようにしている。</li> <li>・利用者のうち2名が訪問看護を利用し、服薬管理や健康相談などへの対応を依頼している。</li> <li>・本人や世話人から体調不良の報告があった場合は、かかりつけ医に相談している。また、必要に応じて法人内の看護師に相談して、通院援助を行っている。</li> <li>・感染症については、感染予防や対応の方法、アレルギー発生時のエピペン操作の方法、けが・てんかん発作時の対応方法などについて、全職員が法人内研修を受けている。</li> <li>・利用者が健康に過ごすことができるように、全職員が取り組みに努めている。</li> </ul>	

【A12】A-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)54.5% b)27.3% c)0.0% 無回答)18.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬は基本的に自己管理である。職員管理から自己管理へと移行する取り組みを行っている利用者もいる。</li> <li>・服薬管理マニュアルはなく、あらかじめ食事の席に配薬しているホームや、鍵がかかるスタッフルームで保管し服薬のつど利用者に手渡しをしているホームなど、ホームごとに利用者の状況に応じて対応している。</li> <li>・糖尿病、高血圧症、肥満などの慢性疾患のある利用者については、健康診断の結果を一緒に振り返り、食事量、おやつを取り方、運動や生活リズムなどの改善方法について働きかけを行っている。</li> <li>・医療的ケアが必要な利用者は、現在はいない。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・誤薬や配薬ミスなどのヒヤリハットが生じている。服薬管理マニュアルがなく、各ホームで対応にばらつきがあり、リスクが高い状況にある。</li> <li>・利用者の状況に応じ、できるだけ自己管理を行うという方針はあるが、利用者の安全性を確保する必要性もある。今後の改善を期待する。</li> </ul>	

A-2-(6) 社会参加、学習支援

【A13】A-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)45.5% b)27.3% c)0.0% 無回答)27.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の公民館の活動や教室などに関心のある利用者に対しては、それら活動等に関する情報提供を行っている。なお、参加希望者に対しては、活動等に慣れるまでは職員等と一緒にいき、負担なく参加できるように配慮している。</li> <li>・市の広報や回覧板は、利用者の目にとまる場所に置いている。また、町内会の掃除活動については、希望者がいるホームでは利用者・職員と一緒に参加している。</li> <li>・コロナ禍のため、現在は実施が難しい状況であるが、グループホーム入居者交流会を以前は行っていた。</li> <li>・外出のためのヘルパーの利用調整を行い、社会参加の機会を増やす取り組みにつなげるようにしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現状の取り組みは公民館の活動や教室についての情報提供にとどまっていたり、新たな社会参加や生涯学習の場の開拓までには至っていない。</li> <li>・趣味の仲間につながったり、個人的な学習を深めたりできるように、利用者にとってのより豊かな生活の実現に向けて、さらなる取り組みを行うように期待する。</li> </ul>	

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

【A14】A-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。	a
	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)63.6% b)9.1% c)0.0% 無回答)27.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の宿直を配置しない有期限(2年)のサテライト型ホームを開設し、地域への移行に向けて積極的に取り組んでいる。</li> <li>・一人暮らしへの移行希望者は、サテライト型ホームの利用につなげている。一人暮らしで必要となる日常的なごみ出しのルール、騒音防止への配慮、地域との交流活動、買い物や金銭管理、ヘルパー等の資源の活用方法などがわかるように、勉強会や話し合いの機会を設けている。家事への関わりを増やす取り組みも行っている。また、アパートの見学を行うなど、一人暮らしのイメージづくりも支援している。</li> <li>・一人暮らしに向けて意欲を高める取り組みには、利用者のそれまでの生活状況、現在の就労状況、高齢化に向けた不安などさまざまな要因が関係するので、個別面談やケア会議などの話し合いの機会を重ね、取り組みを丁寧に行うよう努めている。</li> <li>・一人暮らしの開始に向けた支援では、アパート探し、賃貸契約、家具調度品の準備、訪問看護・訪問介護の利用契約など、必要な手順の全体が見渡せるように必要項目を書き出して利用者で共有している。また、次に取り組むべきことを紙に書き冷蔵庫など見やすいところに張り出すなど、利用者が主体的に動けるための工夫を行っている。</li> <li>・必要な関係者を集めたケア会議で役割分担を行い、取り組んでいる。ケア会議の参加者は、現在の支援者から今後の担当者へと広がりを持たせ、新しい関係者との関係づくりも行っている。スーパーの買い物や公民館での活動などで地域の人と顔見知りになっておくといい事前のインフォーマルな関係づくりにも力を入れている。</li> <li>・昨年度は、高齢者施設への転居が1名であったが、昨年度からの取り組みで、今年度は2名が一人暮らしを開始している。</li> </ul>	

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

【A15】A-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)45.5% b)18.2% c)9.1% 無回答)27.3%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画作成に関しては、家族から要望書を提出してもらっている。その際には、これまでは家庭訪問を行って、ホームでの生活状況を伝えながら面談で家族の要望を確認していた。しかし、現在はコロナ禍で、面会・訪問活動が難しい状況となっているため、電話や書面で利用者状況の共有と家族の要望についての確認を行っている。</li> <li>・必要に応じて、利用者の状況を電話や書面で家族等に伝えているが、日々の記録共有システムである「ケアコラボ」を活用すると、家族もオンラインで利用者の情報を確認することができるので、登録を勧めている。登録者はまだいない。</li> <li>・家族が高齢になり、連絡が繋がりにくいケースも増えているため、成年後見制度の活用も勧めている。法人の利用者家族が設立したNPO法人が法人後見に取り組んでいるので、親亡き後について相談がある場合は紹介している。</li> <li>・また、家族自身の生活についての相談を受けることもあり、家族の支援関係者と合同でケア会議を行うなどの家族支援に取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・連絡が取りにくい家族も増えているが、基本的に家族と連絡を取り、家族の意見も参考にしながら、利用者の支援に取り組んでいる。</li> <li>・一方で、家族と連絡を取る際に「利用者への確認を行っているか」について、利用者調査の関連項目の肯定率は低い。プライバシー保護の観点から、家族といえども知られたくないこともあるということを前提に、連絡前の利用者の意思確認など、家族との連絡方法についての再考を行うことを期待する。</li> </ul>	