

平成 28 年度
福祉サービス第三者評価 結果報告書

社会福祉法人クムレ
障がい者支援施設
「あしたば」

2016 年 12 月 21 日

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目 次

	ページ
実施概要	1
評価項目	3
総評	33

(添付資料)

◆ 利用者調査 集計結果

【実施概要】

1. 実施スケジュール

- (1) 第三者評価についての事前説明 平成 28 年 6 月 23 日
- (2) 情報収集の実施（調査）
 - ①自己評価 平成 28 年 6 月 23 日～7 月 30 日
 - ②利用者調査 平成 28 年 7 月 2 日～7 月 30 日
 - ③事業所訪問調査 平成 28 年 8 月 29 日、8 月 30 日

2. 評価の実施方法

岡山版 福祉サービス第三者評価基準ガイドライン

3. 利用者調査

- (1) 調査の方法 アンケート
- (2) 調査対象者数 利用者 49 名

4. 評価調査者

新津 ふみ子
北村 とし子
坂本 佳代子
田中 稔

5. 評価決定合議日

平成 28 年 9 月 30 日

6. 本評価に関する問い合わせ

- (1) 本評価調査責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 新津 ふみ子
- (2) 評価責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 代表理事 新津 ふみ子
- (3) 連絡先

NPO 法人メイアイヘルプユー事務局

〒141-0031 東京都品川区西五反田 2-31-9 シーバード五反田 401

電話：03-3494-9033 / FAX：03-3494-9032

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、基本方針が確立されている		評価
I-1-1(1)-① 理念が明文化されている。		
判断基準	a) 法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。	b
	b) 法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。	
	c) 法人の理念を明文化していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)56.7%、b)33.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 法人として、基本理念・基本方針、行動指針を明文化し、ホームページや広報誌等に掲載、また事務所内に掲示している。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ているものである。地域社会への貢献をミッションにした理念である。法人名である「くもレ」は、ラテン語の「cumクム＝ともに」と「vivereヴィーヴェレ＝生きる」から引用した造語で、法人の基本理念「ともに生きていく」という理念を表現している。</p> <p>■改善課題 基本理念は明確に明文化し、法人としての使命や役割を反映させているといえる。しかし、職員自己評価では、特に「理念から使命や方向性などを読み取れるか」、「障害福祉の基本的な考え方を踏まえているか」といった項目では肯定的な回答の割合は5割に満たない。現体制となって支援の方針を大きく変えたことが影響しているためか、職員自己評価からは法人の理念と自らの使命・役割とを結び付けて理解することが十分にできていない現状が窺える。その原因分析と具体的な改善を期待する。</p>	

I-1-1(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。		評価
判断基準	a) 理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。	b
	b) 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。	
	c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)60.0%、b)30.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況 法人の基本理念に基づく基本方針は「利用者満足の実現」「集うひとの幸せの追求」「強くなやかな組織作り」「地域社会への貢献」である。また、行動指針として、「①私たちは心にアンテナをはり、小さなニーズも見逃さない支援を提供します。②私たちは人・仲間を大切にします。③私たちは高い目標を持って仕事にチャレンジしていきます。」を定めて明示している。また、これらはホームページやリーフレット等に掲載され、法人の基本理念との整合性を確保し、職員の行動指針となるような内容となっている。</p> <p>■改善課題 法人として基本理念に基づく基本方針を明文化している。しかし、職員自己評価では、特に「基本方針と法人の理念の整合性が確保されている」、「基本方針が職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている」といった項目では肯定的な回答の割合は5割程度である。現体制となって支援の方針を大きく変えたことが影響しているためか、職員自己評価からは法人の基本理念と基本方針との整合性、基本方針と職員の行動規範との関係性を結び付けて理解することが十分にできていない現状が窺える。その原因分析と具体的な改善を期待する。</p>	

I-1-1(2) 理念や基本方針が周知されている。		評価
I-1-1(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。		
判断基準	a) 理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	a
	b) 理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 理念や基本方針を職員に配付していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)56.7%、b)36.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況 法人の基本理念や基本方針は、採用時の研修や年度初めの会議等で周知される。また、入社時研修やキャリアパス研修(全国社会福祉協議会のプログラムを活用)の実施にあたり、基本理念の周知と実行をテーマにどうプログラムを組み立てるのかについて、「人材育成ワーキングチーム」で検討を行っている。また、会議や委員会では、職員の行動指針である「クムレ10の心得」や年度スローガンを唱和している。また「心得」は基本理念等とともに「ブランドブック」として冊子にまとめ、正職員には配布し、また名刺の裏側にも記載している。</p> <p>■改善課題 組織的に基本理念、基本方針等を定め、研修や会議を通じて職員への周知に努めている。しかし、職員自己評価では「会議や研修で説明している」という項目は7割以上が肯定的だが、それが「理念等の周知を目的とした実践テーマを設定して討議の上で実行している」「継続的な取組を行っている」の項目では3割程度にとどまっている。本自己評価は7月時点の結果であり、その後平成28年度後期には、非常勤職員に対し、法人の沿革、基本理念及び支援観について研修を実施し、ブランドブックカード(名刺サイズのクムレ10の心得)の配布を開始している。この取り組みを評価し、『a』と判断した。</p>	

I-1-1(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。		評価
判断基準	a) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	b
	b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)6.7%、b)53.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 保護者に対しては、広報誌の配布や保護者会の機会を通じて法人の基本理念等を周知している。一方、利用者への周知を目的とした取組は特段には行っていない。</p> <p>■改善課題 玄関や利用者が使う作業場等に基本理念等の掲示は行っていない。家族に対しても特に意識的に取り組んでいる状況にはなく、職員自己評価でも肯定的な回答の割合は全体的に低いと言わざるを得ない。基本理念や基本方針は事業所が提供するサービスの基本的な考え方や姿勢を示すものであり、利用者やその家族に対する分かりやすい周知方法の工夫や配慮とともに利用者側の安心や信頼を高める意味において重要である。現状の分析と取組強化に期待する。</p>	

I-2 事業計画の策定

I-2-1(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		評価
I-2-1(1)-① 中・長期計画が策定されている。		
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。	a
	b) -----	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)86.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・法人として第2期中期経営計画(平成27~31年度)を定めている。現行の計画策定に当たり、法人内に副理事長を長とする職員プロジェクトチーム(マネジャー、サブマネジャー、チーフ層)を設置して策定している。同計画では7つの柱、(1)相談からサービスまでの切れ目のない利用者支援の実現、(2)地域福祉ニーズに対応した開拓的事業へのチャレンジ、(3)地域社会における公益的な活動の実施、(4)法人活動の見える化、(5)事業運営の安定化、(6)働きやすい職場・労働環境の整備、(7)やりがいと自己実現を目指す仕事、を定め柱ごとの具体的な取組の計画を明示している。周知方法は、互礼会で発表の後、管理者が職員会議で説明している。</p> <p>・改善課題: 職員自己評価では「策定している」とする回答が86.7%と、策定していることに対する理解度は高い。一方で、「目標(ビジョン)を明確にしている」に対しては肯定的な回答の割合は5割強、そのほか「課題や問題点を明らかにしている」「問題点の解決に向けた具体的な内容になっている」などはいずれも3~4割である。それらの原因分析と職員へのさらなる周知の取組強化に期待する。</p>	

I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。	a
	b) -----	
	c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a) 76. 7%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <p>・中期経営計画に基づき当事業所を含む自立支援事業グループとして「大切にしたい支援の考え方(価値観)」を「夢・将来をともに考え、かなえていく」とし、さらにこの価値観の実践に当たり、利用者本人、家族、地域と3つの側面から重点目標を定めている。内容は①その人らしい生き方の支援、②家族と支える利用者の暮らし ③地域で支えあう環境づくりをあげている。この3つの重点目標毎に各年度の事業計画では、具体策と計画(実施の機会や頻度など)を定めている。</p> <p>・事業所の各年度の事業計画の中に「中期経営計画に対する事業所単独の取組み」の項目、及び法人の他事業所が前年度第三者評価を受審した際に提案された改善課題のうち、本事業所としても該当する課題を取り上げ対策を記載している。</p> <p>・改善課題: 職員自己評価では「策定している」とする回答が76. 7%と、策定していることに対する理解度は高い。一方で、「中・長期計画を反映した事業内容が具体的に示されている」に対しては肯定的な回答の割合は6割を超えるが、「実行可能かどうかへの配慮」「単なる行事計画ではない」はいずれも3割に満たない。現事業計画の内容を見ると目標に対する具体策と計画(実施の機会や頻度)に関しては具体性に欠ける。適切性が期待される。</p>	

I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		評価
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。		b
判断基準	a) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。	
	b) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。	
	c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a) 46. 7%、b) 30. 0%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <p>事業計画は毎年11月頃に法人本部からスケジュール等が示され、自立支援事業グループで基本方針の作成と記述内容の調整を行い、各事業所が策定している。当事業所では、職員を対象に年度末に「提案・要望・改善アンケート」を実施、この結果を整理し福祉QC手法も活用して、現場のサービス管理責任者とチーフが事業計画の原案を作成する。この内容を管理者(統括・マネジャー)が確認し手直しするプロセスにより事業計画を確定している。計画の進捗状況は、毎月開催する自立支援事業グループ会議で確認している。</p> <p>■改善課題</p> <p>事業計画は中期経営計画との整合性に配慮して作成され、事業計画の各項目の構成(柱立て)は法人全体で統一されている。しかし、当事業所の事業計画の記述では、「具体策」としての記述に抽象的な内容のものが散見され、また実施する時期の設定も「随時」「通年」など具体性に乏しいものが随所に見られる。職員自己評価でも肯定的な回答の割合は各項目とも4割に満たない。計画の妥当性や実効性を担保するため具体策やスケジュールの明示、職員への周知などの取組みに期待する。</p>	

I-2-(1)-② 事業計画が職員や利用者等に周知されている。		評価
判断基準	a) 各計画を職員や利用者等に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	b
	b) 各計画を職員や利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 各計画を職員や利用者等に配布していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a) 33. 3%、b) 53. 3%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <p>・事業計画は常勤職員に配布している。年度当初の職員会議では、職員は必ず事業計画を持参することとなり、管理者から内容の説明を行っている。</p> <p>・家族に対しては広報誌の配布を通じて周知している。そのほかでは、家族会代表が法人の評議員に就任していることで一部の家族には伝える機会となっているが、それ以外では意図的な取組みは行っていない。</p> <p>■改善課題</p> <p>管理者は今回の受審の過程において、特に利用者等への周知が課題であると痛感している。職員自己評価では、「各計画を分かりやすく説明した資料作成等によって、より理解しやすい工夫を行っている」「利用者の会及び家族会等で資料をもとに説明している」などの各項目において肯定的な回答の割合は1~2割程度にとどまっている。上半期などでの事業の進捗状況の情報共有、分かりやすい資料作成の工夫や配慮も含め、職員及び利用者等に対するより積極的な周知の取組みに期待する。</p>	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		評価
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。		
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)36.7%、b)33.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・管理者は平成28年4月に現職に就任し、約1年が経過したところである。以前は、平成27年10月から自立支援事業グループの統括代行、そして平成28年4月から同グループの統括に就任、経営会議のメンバーの一人でもある。管理者は就任以来、障害者制度の改正など大きな変革期にあって、マネジャー等とともに「自立・尊厳・ハビリテーション」の視点のもとに「お世話から自立支援へ」という支援のあり方の改革に尽力している。 ・管理者としての役割は「キャリアパス」に明示され、人事考課制度による役割基準チェック表によって自らを振り返り、上席者と面談して確認している。また、年度当初の広報誌において、当事業所の方針等を管理者の立場から他の事業所とともに記事を掲載して考えを表明している。</p> <p>■改善課題 管理者は就任以来、障害者制度の改正など大きな変革期にあって、マネジャー等とともに「自立・尊厳・ハビリテーション」の視点のもとに「お世話から自立支援へ」という支援のあり方の改革に尽力している。しかし、今回の第三者評価の受審を通じて、未だ職員に浸透していない、伝えきれていないことが多々あるとも痛感している。職員自己評価の自由意見では、管理者に対する更なる積極性を期待する意見が寄せられている。管理者自らの役割と責任を改めて明らかにし、職員に対して様々な機会を通じて表明していくことを期待する。</p>	

I-3-(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		
判断基準	a) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	a
	b) 管理者自ら、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) 管理者自ら、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)60.0%、b)30.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況 現在、全国社会福祉協議会（以下全社協）の施設長研修の受講中で、それによって管理者として事業所が遵守すべき法令等の理解に努めている。また、自立支援事業グループの統括の立場からもグループ内の研修計画を策定する過程で、専門研修の中に「虐待防止」を取り入れ、また新たに「防犯」の視点も取り込む考えである。新任職員対象の研修では虐待防止も含めて利用者支援のあり方について、各種法令の遵守や留意すべき事項の周知に努めている。</p>	

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		評価
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。		
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持ち、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持ち、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)46.7%、b)36.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・管理者はサービスの質の向上を図るために、日々の実践の中での職員の関わり方を注視し、取り組めたことへの積極的な評価を伝えることを心がけている。 ・日常の活動は五つの班ごとに行われ、班のキャップを中心に展開されている。そのため一義的にはキャップ会が一般職員の声を吸い上げる場であるが、グループ統括でもある管理者は各職員に、いつでも話しかけるように伝え、主体的な意見を尊重する姿勢で接している。また、キャップ会には管理者とサービス管理責任者も同席している。</p> <p>■改善課題 管理者は就任して約半年。常勤職員や非常勤職員等の労働条件の異なる職員体制の中で、職員の主体的な意見を尊重しつつ、サービスの質の向上を図ろうとしている。安定した経営に資するためにもサービスの質の向上は最も重要な課題の一つであり、法人の理念や方針に照らしたサービスの提供に向けて、さらなる取組みに期待する。</p>	

I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた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、経営や業務の効率化と改善に向けた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)40.0%、b)50.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況 グループ統括と事業所の管理者の立場から法人の経営会議(毎月1回)やグループ会議に参加し(毎月1回)、事業の進捗管理、利用者の動向など、人事、労務、財務の各側面から確認している。経営会議やグループ会議での協議内容は職員会議(毎月1回)、責任者会議(毎月1回)、キャップ会(毎月1回)で周知する。中でもキャップ会はボトムアップの機会として重視し、職員が意識的に取り組めるように声かけなどの働きかけをしている。</p> <p>■改善課題 管理者は経営や業務の効率化と改善に関する課題について人事・労務・財務等の視点から自ら検証するとともに、各種会議等を通じて職員に同様の意識形成を図っていくことが求められる。職員自己評価では肯定的な回答の割合は各項目とも半数に満たない。その原因分析とさらなる取組みに期待する。</p>	

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		評価
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。		
判断基準	a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。	b
	b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 事業経営をとりまく環境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)43.3%、b)43.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 業界全体の動向については理事長からの情報を経営会議(マネジャー以上)、自立支援事業グループによるグループ会議(グループ統括、サブマネジャー以上、管理者)で法人全体で共有している。そのほか、管理者は全国社会福祉法人経営者協議会のセミナーなどに参加して情報収集に努めている。また、障害者の就労支援など分野別の課題に関しては、グループ会議で協議して共有する。</p> <p>■改善課題 把握された情報やデータを中長期計画や単年度事業計画に反映させることについて、管理者は意識的に行えていないと認識している。情報収集の目的は、環境変化に対応した経営の維持にあり、特に事業所においては法人の中長期計画を踏まえ、収集した情報やデータを単年度事業計画にどう反映されるかが課題となる。さらなる取組みに期待する。</p>	

II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。		評価
判断基準	a) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。	b
	b) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。	
	c) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)56.7%、b)30.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況 毎月開催する経営会議やグループ会議で、予算の収支実績、利用者動向、各プロジェクトの進捗などが検討される。当事業所の管理者は、自立支援事業グループの統括でもあり、経営会議などにおいて実績等の把握を行い、職員会議などで必要な周知を行っている。</p> <p>■改善課題 管理者は法人の会議で得た情報に基づく経営状況や改善課題について、職員への周知が十分ではないととらえている。そのことは職員自己評価の結果からも伺える。課題解決のためには職員への必要な情報の提供を前提として、職員の意見を聞いたり、職員同士が検討したりする、といった組織的な取組みが求められる。さらなる取組みに期待する。</p>	

II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		評価
判断基準	a) 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。	a
	b) 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。	
	c) 外部監査を実施していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)70.0%、b)16.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況 外部の監査法人は活用していないが、法人として会計事務所による外部監査を実施している。また経営委員会には会計士が参画して適正な経営に努めている。</p>	

Ⅱ-2 人材の確保・育成

Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		評価
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。		
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の、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。	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の、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 40.0%、b) 50.0%であった。</p> <p>■ 取り組みの状況</p> <p>・法人として、職員の計画的な育成に向けて「キャリアパス運営の手引き」を作成して体系的な人材育成の方策を明示し、求める人材像を明らかにするとともに、人材管理や職員研修を計画的に行っている。なお、現在その「手引き」は内容の見直しが行われている。</p> <p>・正職員は法人が採用を行うが、当事業所を含む自立支援事業グループとして必要な人材については経営会議に伝えている。専門職の採用などに関しては、事業所としては、利用者の高齢化が進んでいることから介護福祉士を採用することで支援の質を向上させられると考えている。また、社会福祉士などの国家資格の取得については、受験資格を満たした職員であれば取得を勧めている。</p> <p>■ 改善課題</p> <p>事業所としては、応募が少ないため選べる状況ではないとしつつ、資格取得の奨励や介護福祉士資格取得者の採用の検討など、課題認識を持って取り組んでいる。自主勉強会ではあるが介護福祉士資格を持つ職員が介護に関する知識を他の職員に伝える機会を設けるなど、新たな試みも始まっている。人手不足等で方針どりの人員体制が困難であったとしても、できる限り計画的な人事管理が行われることを期待する。</p>	

Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。		評価
判断基準	a) 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。	
	b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。	
	c) 定期的な人事考課を実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 66.7%、b) 20.0%であった。</p> <p>■ 取り組みの状況</p> <p>今年度から人事考課制度を見直して新たに「業務・目標管理評価制度」を定め、業務・目標管理と人事考課制度が一体的に進めている。具体的には、正職員を対象として「業務・目標管理シート」を作成し、目標管理のための面接は年3回、評価は年1回期末に行っている。その評価は「キャリアパス運用の手引き」で定める「役割基準チェック表の評価指針」に基づいて行う仕組みである。</p>	

II-2-1(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		評価
II-2-1(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。		
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ている。	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) 16.7%、b) 70.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では職員の有給休暇の消化率や時間外勤務の状況をデータ化し、経営会議で検討している。そして法人の方針として昨年度から事業所の事業計画に「ワークライフバランスに対する取組み」を掲げ、週2回の定時退社や有給休暇取得年5日以上、などに取り組んでいる。事業所としては、環境委員会が業務改善調査を実施したところ、記録時間の確保が課題となり、15時以降の記録時間の確保に取り組み退社時間は早くなっている。また、職員の就業状況への配慮については、有給休暇の取得状況をグループ会議で取り上げている。管理者は、男性職員の育児休暇の取得を進めたいと考えており、また普段から職員から話しかけやすい雰囲気づくりにも配慮している。 ・職員の心身の健康に関する相談は、衛生管理者でもある看護師が担い、管理上のことで何かあれば職員はその看護師に相談をしている。 <p>■改善課題</p> <p>職員が相談しやすい環境や雰囲気づくりに管理者が配慮していることは、職員自己評価の自由意見からも伺える。しかし、「職員の意向や就業状況の結果を分析・検討する担当部署等を設置している」、「分析した結果について検討する仕組みがある」などの各項目では肯定的な回答の割合は1割前後と低いと言わざるを得ない。事業計画に位置づけた取組みであり、その原因分析と解決に向けた取組み強化に期待する。</p>	

II-2-1(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。		評価
判断基準	a) 職員の福利厚生や健康の維持するための取組を実施している。	b
	b) 職員の福利厚生や健康の維持するための取組を実施しているが、十分ではない。	
	c) 職員の福利厚生や健康の維持するための取組を実施していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a) 46.7%、b) 36.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <p>福祉厚生センター(ソウェルクラブ)に加入して福利厚生事業に取り組んでいる。そのほか、職員互助会(四つ葉会)による交流会、勤続年数や出産等によるお祝い金がある。</p> <p>■改善課題</p> <p>福祉厚生センターや職員互助会など法人としての取組みはあるが、職員自己評価では肯定的な回答の割合は必ずしも高くない。特に「悩み相談窓口の設置」については8割以上の職員が否定的な回答である。その原因分析と解決に向けた取組みに期待する。</p>	

II-2-2(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		評価
II-2-2(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。		
判断基準	a) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、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) 60.0%、b) 30.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の人材育成の方針体系は「キャリアパス運営の手引き」で明示している。法人は、①使命感、倫理観を有する職員、②質の高い福祉サービスを実践できる資質と能力を有する職員、③福祉制度の変革や利用者・家族・地域の人々の信頼と期待に応えられる資質と能力を備えた職員の育成を目指して、職員育成に関する方針を示し、人材育成体系(階層別研修、分野別研修、OJTなど)による研修を定めている。それらに基づき、人材育成プロジェクトや教育研修委員会の企画実施によって体系的な研修実施の体制を整備している。また、ブランドブックで「クムレ10の心得」を明示し、職員が行うべき行動指針を定めている。 ・社会福祉士国家資格など法人運営に関連する資格取得には補助制度がある。 	

II-2-1(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。	b
	b) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。	
	c) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修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) 40.0%、b) 43.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 法人として「キャリアパス運営の手引き」に基づき、人材育成プロジェクトと教育研修委員会とによって階層別研修や分野別研修などを体系的に整備し、役職と個々の職員の希望に応じて研修受講をさせている。その際、管理者は職員一人ひとりの課題と研修テーマとが合致するように、マネジャーと相談しながら配慮している。</p> <p>■改善課題 ・法人の「キャリアパス運営の手引き」などに基づく仕組みを活用して、個々の職員の課題に応じた研修への参加を心がけている。しかし、それは必ずしも職員一人ひとりについて教育・研修計画が策定されているものとは言いきれない。 ・非正規職員に対しては、自発的な要望が少ないことを理由に研修参加に関して特段の働きかけを行ってはいないが、業務、目標管理評価制度が改正されたところでもあり、その活用も図りながら、常勤か非常勤かを問わず、個々の職員の力量等を評価分析し、それに基づいた職員の育成に向けた取組みの強化に期待する。</p>	

II-2-1(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) 研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。	b
	b) 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。	
	c) 研修成果の評価が定期的に行われていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a) 43.3%、b) 30.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況 研修会に参加した職員は復命書を作成して報告するとともに、研修の内容を職員会議の場で発表している。</p> <p>■改善課題 参加した研修の報告の方法や機会は設けているが、研修成果の評価や、その結果の次年度への反映などの取組みは事業所内では明確には位置づいていない。単なる研修報告や発表に終わらせることなく、業務、目標管理制度の運用を通じて研修成果等を確認し、その分析結果を次年度の研修計画に反映させるなど、職員育成を計画的組織的に進める工夫において、さらなる取組みに期待する。</p>	

II-2-1(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		評価
II-2-1(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。		a
判断基準	a) 実習生の受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。	
	b) 実習生の受け入れに対する基本姿勢は明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c) 実習生の受け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) 76.7%、b) 13.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・実習生の受け入れに関するマニュアルを整備している。そこではオリエンテーションの流れ、初日までに行うこと、初日に行うこと、最終日に行うこと、終了してから行うこと、などを定めている。受け入れにあたっては学校側が契約書を取り交わし、経験年数の多い職員が専ら対応している。また、社会福祉士等の国家資格のために受け入れる実習生に対しては、必要な実習指導者講習会を修了した職員を担当させている。</p>	

II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。		評価
判断基準	a) 実習生受入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいる。	b
	b) 実習生受入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 実習生を受け入れていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a) 50.0%、b) 36.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況 実習プログラムは施設を全般的に理解してもらえるよう組み立てている。そして法人内の他事業所での実習も組み込んでいる。受入れにあたっては学校側との協議を行い、また学校の巡回指導も受け入れて対応している。</p> <p>■改善課題 マニュアルを整備して担当者や手順等の体制を整え、学校側とも協議しつつ実習生の受入れを行っているが、職員自己評価では肯定的な回答の割合は各項目とも5割に満たない。受け入れる現場での理解が必ずしも十分ではないことが伺える。資格の種類によって実習の目的も内容も異なってくる。そのことを実習担当者にみならず、現場で対応する全ての職員にまで周知することが求められる。実習課題(国家資格など)に考慮したより良いプログラムの作成とともに、実習の意味や目的等に関する職員への周知について、さらなる取組みに期待する。</p>	

II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		評価
II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。		
判断基準	a) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。	a
	b) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。	
	c) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a) 76.7%、b) 20.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・利用者の安全確保のために、リスク担当、防災担当、感染予防担当等を定めている。また、感染症に対してはマニュアルを整備し、看護師が中心となっておう吐処理の方法などについて勉強会の実施、マニュアルの見直し、手洗いの徹底などの利用者に対する注意喚起の掲示なども行っている。また、救急法の研修会は消防署の協力によって毎年度実施している。 ・リスクマネジメント委員会が中心となっており、事故や無断外泊による怪我などに対応した事故発生時対応マニュアルを整備している。</p>	

II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。		評価
判断基準	a) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。	a
	b) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。	
	c) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a) 70.0%、b) 16.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・利用者の安全確保のための事例収集は事故報告、ヒヤリハット報告、気づきシートを整備し、それぞれの対応策はパソコンの共有フォルダーに掲載するとともに事務所内での掲示し、また朝礼時に共有を図っている。なお、事故報告などでは「1か月後の対応の有無」の記述がないものが見受けられる。取り扱いの徹底を期待する。 ・法人及び事業所内のリスクマネジメント委員会では事故報告などがあつた案件の分析を行い、また年2回の研修会の企画と実施を行っている。</p>	

II-3-(1)-③ 非常災害時における利用者の安全確保のための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 非常災害時における利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。	b
	b) 非常災害時における利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 非常災害時における利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 53.3%、b) 36.7%であった。</p> <p>■ 取り組みの状況 非常災害時における利用者の安全確保に向けて、災害発生時対応マニュアルを整備している。緊急時には近所に住む職員から順番に自動的に電話連絡をする仕組みをとっている。また防災対応を担当する職員の企画による避難訓練を毎月実施し、食堂から火災が発生した想定で、利用者が庭に出るまでの練習を行っている。非常時に備えて、管理栄養士が中心となって食料や水を50人×3日分備蓄している。</p> <p>■ 改善課題 非常災害時における利用者の安全確保は極めて重要な課題であるが、マニュアルの整備や定期的な訓練を実施して体制を整備しているものの、災害発生時の様々な時間帯を想定した避難訓練を行っていないなど、内容面での工夫の余地がある。職員自己評価でも肯定的な回答の割合が半数に満たない項目が目立っている。事業の継続の観点から、近隣住民との協力体制のあり方も含めて、様々な災害の種類、利用者の状態、地理的環境等を踏まえた実効性のある取組み構築に期待する。</p>	

II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		評価
II-4-(1)-① 利用者地域との関わりを大切にしている。		
判断基準	a) 利用者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) 53.3%、b) 43.3%であった。</p> <p>■ 取り組みの状況 ・地域との関わり方に関する基本的な考え方については、当事業所を含む法人内の自立支援事業グループにおいて本年度の重点目標として「地域で支えあう環境づくり」を掲げ、それを当事業所の事業計画の中でも重点方針に基づく事業の柱の一つとして位置づけている。地域との関係づくりは法人の基本理念に繋がるものでもあり、当事業所でもサロン活動の定期的な開催や、利用者による地域の清掃活動への参加、地域住民との交流を図る新規事業(民生委員との交流や「地域の方と語る会」など)も計画している。 ・当事業所の近隣地域の住民の高齢化と過疎化が進んでいる中で、当事業所や利用者への理解を深めるため、さくらだいの「さくらだいの事業所」で毎月1回サロン活動を行い、その周知のために利用者職員とで近隣地域にポスティングをし、近隣の子ども、高齢者、民生委員などが参加している。また、日常的なあいさつの励行や、利用者職員とで地域の清掃活動に参加している。</p> <p>■ 改善課題 地域との関係づくりの難しさは、当事業所の立地環境にはやむを得ない部分があることは理解するが、利用者の活動範囲や地域との交流機会を広げるとともに、利用者事業所に対する理解を深めるための一層の取組み強化に期待する。</p>	

II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		評価
判断基準	a) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	b
	b) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 16.7%、b) 46.7%であった。</p> <p>■ 取り組みの状況 法人の広報誌を利用者と職員とで担当地域を分担して地域住民に配布し(年4回)、当事業所を含む法人としての基本理念や活動等について周知を行っている。</p> <p>■ 改善課題 事業所の持つ専門性や情報を地域に還元する取組みは十分ではなく、事業所としては「さくらだいの」の中で未使用となっている建物の再利用や事業所のペランダの開放など、事業所の機能の地域への還元については課題と考えている。職員に対しても地域貢献の重要性を十分に伝えていないと認識しており、そのことは職員の自己評価の結果からも伺える。事業所の専門性や情報を地域に提供することは、利用者や事業所に対する地域住民の理解を深め、コミュニケーションの活発化につながるものである。行事などによる交流にとどまらず、建物の活用、障害者や福祉を理解するための学習の機会や相談など、法人や事業所の特性に応じた中長期的な取組みの構築に期待する。</p>	

II-4-(1)-③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		評価
判断基準	a) ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	b
	b) ボランティア受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c) ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)56.7%、b)26.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ボランティアの受入れについてはマニュアルを整備し、担当者、問合せに対する対応方法、ボランティア保険の手続き、受入れ当日の動きなどを定め、その受入れ時にはオリエンテーションを行っている。納涼大会などの行事やサロンの機会を中心にボランティアを受け入れられているが、本年度はそのほか、社会福祉協議会のボランティアセンターを通じてボランティアを募集し、夏休みの中学生のボランティアを受け入れた。</p> <p>■改善課題 マニュアル整備などボランティアの受入れについては体制を整備して取り組んでいるものの、全体的には行事を中心としたものにとどまっている。本年度は事業計画で「ボランティアの受入れ強化」を掲げ、行事以外の機会でのボランティアの受入れの拡充を試み、新たに夏休み期間中の中学生の受入れに繋げている。活動の機会の拡充、幅広い年齢層からのボランティアの受入れなど、さらなる取組み強化に期待する。</p>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		評価
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。		C
判断基準	a) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。	
	b) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。	
	c) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)30.6%、b)53.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 行政や医療機関等とは日常的な連携関係を構築し、また行事の機会では他法人からの協力を仰ぐ体制としている。また、行政が作成した社会資源リストを置いている。</p> <p>■改善課題 利用者サービスの質の向上を図るために、福祉事務所、保健所、病院、学校、他の事業所、ボランティア団体、自治会・町内会など、様々な社会資源との連携構築とともに、それらについて職員間で十分な情報共有を図るための仕組みや方法の確立が求められる。そして、当事業所とその利用者の特性に応じて必要とする具体的な社会資源をマップにして掲示するなどより明確に明示するとともに、それを職員が共有する仕組みの構築に期待する。</p>	

II-4-(2)-② 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) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。	b
	b) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。	
	c) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)33.3%、b)36.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況 岡山県知的障害者福祉協会入所施設部会に所属して同協会による研修会などに参加している。また倉敷市中心身障者連絡協議会に所属して、年3回の施設長会への参加や行政への提言活動などを行っている。</p> <p>■改善提案 関係機関との定期的な連携の機会としては、上記団体への加入によるものが掲げられる。これらの団体を含め、利用者サービスの質の向上を図る観点から、当事業所とその利用者が必要とする社会資源の明確化を前提として、そのネットワークを通じて地域全体で課題となっていることについて積極的に問題提起するなど、課題解決に向けての協働した取組みの強化に期待する。</p>	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		評価
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。		
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。	b
	b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a) 23.3%、b) 43.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 法人として地域の福祉ニーズの把握に努めている。「さくらだい」では近隣住民との日常的な交流がある。さらに事業所では、事業計画において本年度新たに民生委員との定期的な意見交換の機会、「地域福祉を考える会(仮)」を設けることを掲げている。</p> <p>■改善課題 「さくらだい」で近隣住民との日常的な交流があり、そういったところから地域のニーズ把握につながる可能性もある。しかし、必ずしも事業所独自に積極的に地域の福祉ニーズを把握しているとは言いきれない。一方で、法人として新たな福祉ニーズの把握に努めている。相談事業や地域の交流活動など、法人の取組みにより積極的に関与することで障害者福祉に関する地域のニーズの把握に努めるなど、より積極的な取組みに期待する。</p>	

II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。		評価
判断基準		
判断基準	a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があり、実施されている。	b
	b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。	
	c) 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a) 50.0%、b) 23.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 法人として、サロン活動などの地域交流の拠点整備や相談事業の一元化など、地域の福祉ニーズに基づく新たな取組みの開発を行っている。</p> <p>■改善課題 事業所独自に地域の福祉ニーズに基づく新たな事業活動に積極的に取り組んでいるとは必ずしも言いきれないが、法人として新たな福祉ニーズに基づく事業活動を実施している。さらに、地域の交流拠点でのサロン活動などの法人の取組みに積極的に関与することで、新たな事業活動の実施に向けての積極的な取組みに期待する。</p>	

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		評価
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。		
判断基準	a) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、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>■職員自己評価の結果は、a) 70% b) 23.3% であった。</p> <p>■取り組み状況 ・「ともに育ち ともに生きる」の法人理念は、リーフレットやホームページ、広報誌に明示し、また、職員に配付している事業計画では重点方針として「その人らしい生き方の支援」を掲げ、利用者が主体的に自己決定・自己選択の機会が得られること目標にして、「利用者尊重」の姿勢が職員間で共有が進むよう取り組んでいる。また、全職員に対し利用者支援の基本を説いた「ブランドブック」の配布、さらにその中から特に重要としている「クムレ10の心得」を名刺サイズに刷り込んだカードを携帯し、いつでも「利用者本位の福祉サービス」とはについて確認できるようにしている。さらに、法人の横断的な人権委員会や事業所内の人権委員会主催の学習会を実施し、「倫理」について学ぶ機会を多く得ている。 ・外部講師をコンサルタントとして招き、支援の基本的三本柱として「尊厳・自立・ハビリテーション」について勉強会を実施、また家族会でも本講師による講演を実施している。先天的障がい者の訓練には、日常生活の順応や適合を意味する「ハビリ」を大切にされた支援への取り組みを課題としている。</p>	

Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。		評価
判断基準		
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、職員に周知するための取組を行っている。	b
	b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、職員に周知する取組が十分ではない。	
	c) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a) 63.3% b) 26.7% であった。</p> <p>■取り組み状況 ・利用者の「プライバシーの保護」については支援の基本として大切にしている「クムレ10の心得」より読み取ることにはできる。また、法人内の横断組織である「人権倫理委員会」で、人権擁護の研修の一端として「プライバシー保護」に触れている。 ・環境面では、居室の大半は2人部屋で、利用者間のプライバシーについては特段の配慮が必要とされるが、当事業所では利用者が一人で寛げる場所の確保として、外部講師の指導を受けながらスヌーズレン(知的障害者を魅了する感覚刺激空間を利用して、最適な余暇やリラクゼーション活動を提供する)の実践ができる環境・部屋を設けている。また、家族等の面会は、「面会室」や家族からの医療上の相談ごとは「医務室」で看護師が個別対応している。</p> <p>■改善課題 浴室に貼られた「利用者支援に関する留意点」は、支援方法などが具体的に記載された手順である。支援者としては便利かもしれないが、記載された内容は対象とされる利用者への「プライバシー」への配慮が不足していると思われる。ここでいうプライバシーとは「他人に見られたくない・知られたくない・干渉されたくない」などのいわば、各個人の私生活上の自由である。プライバシーについて職員間での共有認識が求められる。また保護されるべきプライバシーの種別に応じたマニュアル類の整備が必要である。</p>	

Ⅲ-1-(1)-③ コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。		評価
判断基準	a) コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	b
	b) コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫が十分ではない。	
	c) コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a) 53.3% b)40.0% であった。</p> <p>■取り組み状況 ・現状、ほぼ全利用者は職員とのコミュニケーション手段に言語が使われている。言語では言い表せない細やかな感情は、文章で表現する利用者もいる。また、言語では時間の感覚が伝わらない、次の動作に進めないなどの対応に「タイマー」「絵カード」などの小道具を適宜、利用している。コミュニケーション不足による利用者間のトラブルに、職員が双方の思いを代弁して解決に導いている ・社会生活の基本である意思疎通の方法は、入所時に家族等よりの聞き取りで把握し個別性に配慮している。ただし非言語によるコミュニケーション手段(例 表情や身体動作等)を理解するのは、職員の利用者支援における経験により幅があるという。 ・当事業所は障害の程度・特性により5つのグループに分かれて日中活動をしている。その中で比較的障害程度が軽度で、地域移行を目指すグループは、社会生活のスキル向上、コミュニケーション力の向上を目的に、職員を講師にSST(ソーシャルスキルトレーニングの略)に取り組んでいる。訪問時は、利用者が順番に「社会に受け入れられる身なり」について学んでいた。</p> <p>■改善課題 職員自己評価では、利用者のコミュニケーション能力を高めるため、サービス実施計画(個別支援計画)を策定し実行しているという取り組みについて、肯定率は約3割である。日常的関わりからとらえた利用者個別のコミュニケーションの状況をアセスメントし、個別支援計画化し実行する事、またコミュニケーション力の判断の適切性を期し、専門職との連携など更なる取り組みを期待する。</p>	

Ⅲ-1-(1)-④ 利用者の主体的な活動を尊重している。		評価
判断基準	a) 利用者の主体的な活動が尊重されている。	b
	b) 利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない。	
	c) 利用者の主体的な活動が尊重されていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a) 26.7% b)63.3% であった。</p> <p>■取り組み状況 ・昨年度より外部講師をコンサルタントとして招き、「尊厳」「自立」「ハビリテーション」への理解を深めている。また、スヌーズレンの手法を取り入れ、その利用については、利用者の自己選択、自己決定の機会を増やしている。 ・利用者の状況からそう多くはないが、日中活動の場面で、作業の順番に並べたカードや写真を見ながら自ら次の行動に移って、課せられた作業をやり遂げられるよう工夫した支援を受けている。また余暇時間の買い物や外食等、活動先が増えるよう、利用者から希望を聞いて対応するようにしている。</p> <p>■改善課題 障害の状況などから自己表現が難しい利用者が多い当事業所では、利用者による自治会あるいは利用者の会のような自治組織は待ってこなかった。このことが職員自己評価では、「b」の評価が高率になっている。また、施設外の障害者や知人などとの自由な交流についても、取り組みが弱い状況である。「エンパワーメント」「ハビリテーション」にもつながることとして、利用者が「考え」「発信」「行動」する機会の検討を期待する。</p>	

Ⅲ-1-(1)-⑤ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。		評価
判断基準	a) 見守りと支援の体制が整備されている。	b
	b) 見守りと支援の体制の整備が十分ではない。	
	c) 見守りと支援の体制が整備されていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a) 43.3% b) 46.7% であった。</p> <p>■取り組み状況 ・安全で安定した生活を基盤におきつつ、「できることは自分で」を目標に掲げて支援計画を作成している。何らかの見守りを含め支援が必要な利用者が大部分である中、この目標に向かい、他施設の見学などを取り入れ職員の対応方法や施設設備について検討している。このような取組みの中で、構造化が必要と判断した利用者についても、環境に関し周囲との遮断について検討を重ね、過度にならないように環境構成を変更している。 ・誤嚥などリスクが伴う利用者の介助は、家族とも協議し看護師が担当するなどしている。また、食事の場面では各テーブルに職員が必ず一人はつき、支援上の留意点に配慮しながら支援している。 ・携帯電話を持ち、週末に単独で帰宅する利用者もおり、職員は「できることは自分で」の方針に沿い見守っている。</p> <p>■改善課題 昨年来、「お世話する」から「できることは自分で」と大きく支援方針を変えさせてきている。一方、職員自己評価の結果からは、新しい支援方針が十分に浸透していないことが窺える。リーダー層の揺るぎのない目標の推進に期待する。</p>	

Ⅲ-1-(1)-⑥ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。		評価
判断基準	a) 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	b
	b) 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムが十分ではない。	
	c) 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)33.3% b)43.3% であった。</p> <p>■取り組み状況 利用者は社会性を得ることを目的に「チャレンジクラブ」の活動で公共交通機関の利用について学んでいる。また、外泊体験や外食等を通して挨拶などの社会的な規範や周囲の理解が得られるようにしている。そして、地域移行を目指す利用者の班は、SSTを取り入れ社会的訓練の場になっている。同法人が運営する「グループホーム」の体験利用を繰り返して、退所に至った例もある。</p> <p>■改善課題 「できることは自分で」を目標に掲げ、やっとエンパワメントの視点が取入れだしたところであるといえる。職員自己評価から、施設外の社会資源についての情報提供や体験の機会が乏しい状況であると判断できる。今後の取り組みの一つとして、事業所内行事では、地域住民、ボランティア、他の利用者・家族等と触れ合うことができる機会であり、行事等の目的をエンパワメントの視点から明確にして、持てる力を発揮できる多様な方法での取り組みを期待する。</p>	

Ⅲ-1-(1)-⑦ 虐待(拘束、暴言、暴力、無視、放置等)や体罰による人権侵害の防止策や、万一に備えての取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 虐待等をなくすための具体的な取組が行われている。	b
	b) 虐待等をなくすための具体的な取組が十分ではない。	
	c) 虐待等をなくすための具体的な取組が行われていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)60.0% b)30.0% であった。</p> <p>■取り組み状況 ・当事業所では「虐待防止」について「運営規定」で、必要な体制の整備および職員への研修の実施と記載し、毎年、全職員を対象に虐待防止に関する研修を複数回実施している。また、他の事業所で起きた事例を基に人権委員会、職員会議等で話し合いの場を持っている。そして、全職員にアンケートを実施し、利用者支援に関する振り返りの機会を持っている。さらに、職員が人権擁護意識を持ち続けるために、職員会議で「支援の心得」「ガイドライン」を唱和している上に、職員は「支援の心得」を常に携行し確認できるしくみがある。 ・リーダー層は「ヒヤリ・ハット」記録を活用するなど、職員が互いの言動について、率直に指摘し合える関係性が得られるような職場の雰囲気づくりに努めている。</p> <p>■改善提案 ・職員自己評価では、6割の職員が評点『a』を選択しているが、評価の着眼点「虐待の防止について周知徹底しているか」について3割の職員が否定的な回答である。「虐待について」を毎年の悉皆研修にしたり、振り返りの機会をつくるなど、努力はしている、周知徹底が求められる課題であり、さらなる取り組みを期待し『b』と判断した。今後の取り組みとして、虐待につながりかねない、或いは第三者からは「虐待に見える可能性のある行為」すなわちグレーゾーン課題とした取り組みなどが挙げられる。 ・重要事項説明書、契約書には身体拘束の禁止とともに、虐待対応に関する掲載は見られない。検討を期待する。</p>	

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上向上に努めている。		評価
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上向上を意図した仕組みを整備している。		
判断基準	a) 利用者満足の上向上を目指す姿勢が明示され、利用者満足把握する具体的な仕組みを整備している。	b
	b) 利用者満足の上向上を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足把握する具体的な仕組みが十分ではない。	
	c) 利用者満足の上向上を目指す姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、 a) 16.7% b) 73.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人の基本方針の一つに、利用者満足の上向上の追求を掲げ、また事業計画では利用者の満足感を得ることがサービスの改善につながるとの意識を持って、作成している。 ・利用者ごとの程度満足感を得ているかの把握は、障害の状態などにより直接的な把握は難しい面があるが、意思疎通の難しい利用者からは、表情や「しぐさ」などで喜んでる姿を感じ取るようにしている。また、家族からは、個別支援計画作成時の「個別面談」では、家族を代弁者として利用者の満足について把握する機会にしている。さらに、「家族会」に参加する家族や、自宅への外泊の際の「連絡帳」より把握している。</p> <p>■ 改善提案 職員自己評価では、利用者満足度把握方法として家族からの意見を通しての把握は約6割の肯定率である。利用者満足に関する定期的な調査については肯定率は1割である。今回の利用者調査では、総合的な満足度は「大変満足」7.1%、「満足」75.0%であり総じて満足度は高い。調査のアンケート項目で見ると、設備への安心感や生活な環境、休日などの楽しみの機会の提供などについては、5割程度の肯定率である。今回のような満足度を把握する機会の必要性の確認と体制づくりに期待する。</p>	

Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上向上に向けた取組を行っている。		評価
判断基準		
判断基準	a) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備され、実際にその上向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されているが、その上向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、 a) 16.7% b) 50.0% c) 20.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 日常の支援や家族等から把握した利用者満足に関する内容は、個別支援計画のモニタリング時や内容に応じリーダーやキャップで検討し対策を講じている。癒し効果のある「スヌーズレン」の導入により、利用者の満足感が増してきているとリーダー層は感じており、さらなる「スヌーズレン」の充実を目指している。</p> <p>■ 改善課題 ・職員自己評価の結果は、『c』評価が『a』評価を上回っている。利用者満足度を課題とした体制づくりができていない結果だと判断できる。今回の第三者評価の利用者アンケートの活用をすること、その時の体制づくりが今後の取り組みに活かされると思われる。 ・障害などにより利用者個々満足把握は難しさが伴うと考えられるが、果敢な挑戦を期待する。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		評価
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。		
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。	C
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、相談方法や相談相手を選択できない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、 a) 13.3% b) 60.0% c) 16.7% であった。</p> <p>■ 改善課題 ・相談や意見を述べやすい環境整備の一つの対策として、意見表明が可能な利用者が職員に相談しやすいように事務所前の空間にテーブルが置いてあり、この場所で相談に対応し、その時には適切に対応している。 ・重要事項説明書の苦情申し立て先として、当事業所の相談受け付け担当窓口、行政の担当部署、適正化委員会、人権倫理委員会の所在地と電話番号を明記、入所契約時に家族等に説明している。しかし、利用者(家族)が気軽に相談や意見を述べることが目的とした内容とは認めにくい。 ・職員自己評価では、相談しやすいスペースがあるということにより管理者層は、『b』と判断したが、相談しやすいスペースとしては、認めがたく、『c』と判断した。</p>	

Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。		評価
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	C
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)53.3% b)26.7% であった。</p> <p>■取り組み状況 ・利用者・家族よりの「苦情申し立て先」を重要事項説明書に、当事業所とともに行政等の各関係機関の所在地等を明記し、入所の際に説明している。 ・苦情は電話等で、家族から直接受ける他に、利用者が外泊の際に家族との情報交換に利用している「連絡帳」より把握している。苦情は即応を方針として「キャップ会」、場合により「人権委員会」で検討し「職員会議」で報告する。さらに法人の「自立支援事業部のグループ会議」で報告をする。苦情は記録化し、解決に至った経緯は苦情申立者に報告し、場合により家族会でも報告をしている。</p> <p>■改善課題 ・利用者(家族アンケート)の質問の中、「事業所以外の相談場所を知っているか」では、肯定した回答は25%と低率である。また、職員自己評価では、苦情解決の仕組みなどについての周知、わかりやすい説明の掲示については13.3%と低率であり、周知に向けた確実な対策が必要である。 ・第三者委員として2名の学識経験者に、苦情・相談に関わる職務を委嘱している。「職務規定」に第三者委員としての役割を明確にしているが、第三者委員としての活動は確認できない。また、重要事項説明書にも明示はない。第三者委員の役割、責任を明確にしその機能を果たすことを期待する。 ・社会福祉法人のガバナンスの視点から事業の透明性の確保・情報の公表が重要視され、苦情についての取り上げられている。苦情を申し出た利用者に対する経過や結果のフィードバックは当然のこと、苦情を申し出た利用者等に不利にならない配慮をした上で公表するという方向性である。この視点からの検討を期待する。 ・本評価のガイドラインでは、「第三者委員が設置されていない場合、連絡方法が明示されていない場合、解決に係る話し合いの手順が定められていない場合、苦情解決状況の公表を行っていない場合は、『C』評価にすると定められている。</p>	

Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。		評価
判断基準	a) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。	C
	b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。	
	c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a) 10.0% b) 26.7% c) 53.3% であった。</p> <p>■改善課題 利用者からの意見や提案は日常生活の観察や家族会の諸行事で聞いておりそのつど対応しているが、苦情と同様に迅速な対応体制が望まれる。意見等はサービスの改善につながる良い機会と捉え、積極的に把握する姿勢が求められている。受けた提案や意見をサービス改善につなげるための道筋を「対応マニュアル」として、具体的に検討の方法、記録、利用者への経過報告等の明確化を期待する。</p>	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		評価
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。		
判断基準	a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。	a
	b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。	
	c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)63.3% b)30.0% であった。</p> <p>■取り組み状況 ・法人本部に第三者評価の窓口になる人材を配し、評価が計画的かつ円滑に実施できるよう図っている。第三者評価の受審は、法人の中長期計画に明示し、法人内事業所は3年に1回の受審を方針として実施している。また、評価を受審していない年度にあっても、法人の報告会(毎年、受審事業所を対象に実施)に参加し、他事業所の評価結果及び評価機関よりの講評を水平展開する形で一部活用している。事業計画の中に「第三者評価に対する取り組み」として具体的な課題を挙げ、取り組んでいる。 ・評価に関する担当者は、部署などの設置はないが、管理者とサービス管理責任者担当し、職員への説明などによる周知に努めている。回収率は70%あまりに達し、各項目へのコメントも多様であり改善意欲が窺える内容である。第三者評価の一貫として実施する職員自己評価は、職員それぞれが日常の勤務状況を振り返る機会になっているとしている。</p>	

Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。		評価
判断基準	a) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしている。	b
	b) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、十分ではない。	
	c) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、 a)46.7% b)36.7% であった。</p> <p>■取り組み状況 前回(25年度)の評価結果を受けた改善点については、取り組む意向や対応の方向性などについて法人内全事業所が参加する報告会で報告している。そして、評価結果は、「キャップ会」で分析し、課題化している。職員会議で報告し、また閲覧により職員間の共有に取り組み、かつ事業計画に取入れている。</p> <p>■改善課題 評価の結果を事業計画の取入れ、改善課題は明確にし、職員への共有に努めているものの、職員自己評価結果から不十分さが窺える。職員会議での報告に留まらず、職員参加による評価結果の分析の機会や分析の在り方について再検討を期待する。</p>	

Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。		評価
判断基準	a) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施している。	b
	b) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施しているが、十分ではない。	
	c) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、 a)36.7% b)53.3% であった。</p> <p>■取り組み状況 ・法人の方針として、評価結果を受けて取り組んだ成果や更なる改善点の気づきなどを報告する機会を設定している。そして、評価結果を受けて、改善策は、「キャップ会」で検討し「職員会議」で職員への周知を図るしくみである。また、事業計画は評価結果を念頭に作成している。 ・評価を受審していない年度にあっても、法人の報告会(毎年、受審事業所を対象に実施)に参加し、他事業所の評価結果及び評価機関よりの講評を水平展開する形で一部活用している。その一つの例として職員の目標管理に取り組み、職員への面接を開始している。</p> <p>■改善提案 評価の結果を参考にして改善課題を判断、そして対策を事業計画の取入れ、職員への共有に努めているものの、職員自己評価結果から不十分さが窺える。職員会議での報告に留まらず改善課題に相応した委員会などを中心に、一般職員を巻き込んだ改善案の検討、或いはプロジェクト化などの工夫に期待する。</p>	

Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		評価
Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。		b
判断基準	a) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。	
	b) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。	
	c) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、 a)43.3% b)43.3% であった。</p> <p>■取り組み状況 標準化への取り組みの対策として各種のマニュアルを作成している。例えば各勤務帯における「業務手順」や食事介助については必要な利用者に対する介助方法が個別の手順書として、その利用者が着席するテーブルに置いてある。また共同生活に不可欠な「感染症対策」の他に苦情解決や職員の服務規律に関する規程などがある。</p> <p>■改案課題 ・ここでいう「標準化」は利用者への個別対応を一定化させるものではない。事業所の支援方針を定めた上で、一定水準のサービス提供の方法を具体的に文書化したものである。これを踏まえ利用者個々の特性に応じた支援のために、利用者ごとの手順を決める必要がある。この基準から見ると既存のマニュアルの活用は十分ではない。例えば、「感染症マニュアル」には、新旧のマニュアルが混在している。また、マニュアルなどには利用者の尊重やプライバシーの保護の姿勢が明示されることが必要である。 ・3大介護をはじめ、支援のありかたや方法等、事業所固有のものとして文書化したものは確認できなかった。標準化する支援項目を検討し、取り組む事になると思われるが、たとえば個別支援計画作成の手順や支援の一つとしているスヌーズレンの活用など新人職員にとりわかりやすさに配慮したマニュアル類が求められている。支援は経験により適切に実施されていると思えるが、職員の経験などに配慮し標準的な実施方法の研修や個別指導を計画的に実施する事が求められる。</p>	

Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。		評価
判断基準	a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを行っている。	b
	b) 標準的な実施方法について定期的に検証しているが、必要な見直しを行っていない。	
	c) 標準的な実施方法について定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■職員自己評価結果は、 a)63.3% b) 16.7% であった。</p> <p>■取り組み状況 「感染症対策」「苦情解決」「緊急対応」等のマニュアルは、各委員会を中心に見直しをしている。</p> <p>■改善課題 ・文書化したマニュアル類は常に、支援現場との整合性を検証し見直しの方針で作成することが望まれている。この項目に対し職員の自己評価は高いが、前述のように「標準的な実施方法」について「利用者の個別的な支援」との勘違い、或いは「業務手順」の見直しを実施されていることへの反映が想定される。 ・標準的な実施方法の見直しは、職員や利用者(家族)などからの意見や提案に基づいて、サービスの質の向上という観点から見直しを行う事である。また、職員が安心して支援ができるためにも必要である。課題に対応した見直しの時期や研修の必要性などの検討も必要であり、その為の体制づくりが求められる。</p>	

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		評価
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。		a
判断基準	a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。	
	b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)70.0% b)23.3% であった。</p> <p>■取り組み状況 ・利用者一人ひとりについて、記録すべき項目を明らかにし、原則毎日記録を書くこととしている。活動については班担当職員が記載し、フロア担当が生活寮内での記録を書き、リーダー層は、必要に応じて書き方などの助言・指導を加え、その箇所に付箋をつけてわかりやすくし、記録のばらつきや不備が生じないように努めている。 ・事業所で取り入れているパソコンソフトの機能によって、計画策定されている項目をまとめて表示できるようになっており、確認がしやすくなっている。また、個別支援計画の目標・支援方法をもとに、四半期毎の援助計画にて四半期ごとに本人の様子・考察、今後の方向性をまとめて、全職員に発信し次の支援の統一を図っている。</p>	

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)56.7% b)23.3% であった。</p> <p>■取り組み状況 リスクマネジメント委員会や人権委員会では、記録などにも触れた守秘義務について説明をしている。また、利用者に関する記録の保存に関しては運営規程とサービス利用契約書に記載、サービス利用契約書には情報の保存期間やサービス記録が閲覧できる旨を記載している。契約開始時には、この契約を活用して説明している。</p> <p>■改善課題 職員自己評価では、肯定率は高くない。記録管理に関する規程の策定と職員への周知について、具体的な取組みを期待する。</p>	

Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。		評価
判断基準	a) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。	a
	b) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録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)70.0% b)23.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 記録はパソコンのネットワークシステムを利用し、情報の整理と共有をしている。利用者に関する情報の流れは、担当職員→班キャップ→専門職→サービス管理責任者→管理者の仕組みである。情報の共有の機会として、班会議やキャップ会議でケースカンファレンスを実施している。更には日々の朝礼・終礼での情報交換や申し送りノート、連絡ノートの活用などにより情報共有をしている。</p>	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		評価
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。		b
判断基準	a) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供している。	
	b) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供していない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、 a)46.7% b)43.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・事業所の情報提供の主媒体は法人の広報委員会が運営・管理するホームページである。ホームページは法人の理念「ともに育ちともに生きる」を柱に基本方針、行動指針を通して「愛され信頼されるクムレをめざす」をイラストを用いて具体的に表現している。ホームページへは、事業グループごとに、さらに事業所ごとに設けたページからアクセスすることができる。また法人全体の動向も知ることができる。当事業所のページは、事業所の名称の由来、施設概要、一日の流れ等をコンパクトにまとめ伝えている。 ・広報委員会が発行している機関誌「ふれあい クムレだより」(年3回、2000部)は、法人が運営する事業部ごとに紙面の割り当てをしている。当事業所も納涼祭の様子等、写真を多用した掲載で「祭り」の楽しさが伝わってくる。この広報誌は利用者が職員とともに約30部、地域家庭に手渡しを基本に、時にはポスティングをしており、地域交流の一環として活用している。</p> <p>■ 改善課題 ホームページは近年、情報の媒体として充実させてきてはいるが、更新の遅れが見られる。また紙媒体としてのリーフレットは主に見学者に配布しているが、提供しているサービスをより理解してもらうために、掲載内容の精査、紙面構成などの検討が必要であると認識している。</p>	

Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。		評価
判断基準	a) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	a
	b) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
	c) サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■ 職員自己評価の結果は、a)66.7% b)20.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・サービス管理責任者は、入所が決まった利用者・家族に法人が定めた統一様式である、重要事項説明書、契約書を用いてサービス内容や利用料金等の説明をしている。理解が難しい利用者が多い中、家族に対する説明が多量ならざるを得ない現状ではあるが、できるだけ説明内容を噛み砕くなどの工夫をしている。そして、説明は丁寧さを心がけ、時間をかけてサービス内容や利用料金等について説明する。ただし重要事項説明書は、標準のサービスを文章表現したもので、簡単な文章やイラストを使うなどして、できる限り利用者・家族にわかりやすくするための工夫が望まれる。なお、重要事項説明書は毎年、見直しをしている。</p>	

Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		評価
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。		
判断基準	a) サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。	a
	b) サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)63.3% b)26.7% であった。</p> <p>■取り組み状況 ・サービスの終了は、地域・家庭への移行、医療機関への入院等が考えられるが毎年多くはなく、昨年度は同法人のグループホームへ移行した利用者一人のみであった。移行にあたり利用者の意向を確認しつつ、また、相談支援センターと連携をとり、グループホームへの体験入居を繰り返している。そして、移行する際は、当該事業所に利用者の生活状況を文書で提供し、また、利用者へはいつでも相談に応じる用意があると伝えも見守る方針を伝えている。</p>	

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		評価
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。		
判断基準	a) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っている。	b
	b) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めてアセスメントを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するための、アセスメントの手順を定めていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)50.0% b)33.3% であった。</p> <p>■取り組み状況 入所時には、家族が記載する様式「サービス利用申込書」「現在の生活状況と本人・家族の要望書」で把握している。また、毎年末には、利用者本人の生活状況、身体状況などを家族が「今後の援助に対する要望書」という書式に記載している。「附表」という名称で、アセスメントを行っている。この附表では、心身の健康やADL、日中活動などのアセスメント項目が定められている。この附表は毎年度末に見直しをしている。</p> <p>■改善課題 ・アセスメントに準じる内容は、書式「附表」に記載しているためか、職員自己評価では、アセスメント書式が定められているとは認識しきれないという状況があったと思われる。職員の自己評価は、『a』は5割であったが、このような現状を受け止め判断した。 ・福祉サービス分野では、利用者の個別状況を把握し、ニーズを明確にする取り組みは「アセスメント」としている。従って、当事業所においても、至急の検討を期待する。このときに、アセスメントに必要な情報や分析の視点について、これまでの経験を活かしながら更なる適切性を目標に取り組みを期待する。</p>	

Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。		評価
判断基準		
判断基準	a) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。	b
	b) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示しているが、十分ではない。	
	c) アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、 a)36.7% b)46.7% であった。</p> <p>■取り組み状況 家族が記載する要望書と附表からニーズ・課題を導き出し、個別支援計画に記載している。</p> <p>■改善課題 個別支援計画には、ニーズ・課題を記載しているが、職員自己評価では、利用者一人ひとりのニーズや課題を明示するための手続きについて共有されていない結果である。アセスメント・把握した情報から、ニーズ・課題を導き出す過程について、検討し職員間で共有する事が求められる。</p>	

Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		評価
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。		
判断基準	a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。	a
	b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。	
	c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、 a)66.7% b)26.7% であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <p>・個別支援計画の策定責任者はサービス管理責任者と定められている。新規入所の場合には3か月間の個別支援計画(暫定プラン)を作成し、その後本計画を作成する手続きが確立し実施している。毎年の個別支援計画は、担当が中心になり、原案を作成し、サービス管理責任者から管理者の承認を受けることになっている。このプロセスで、家族からの「要望書」を文書で受け取り、看護師、栄養士からの意見を聞く体制もできている。</p> <p>・個別支援計画では、基本的な生活習慣や、余暇活動などの項目の中で、一人ひとりの具体的な支援留意点が記載されている。四半期ごとに個別支援計画の目標・支援方法を基に利用者の様子・考察、今後の方向性をまとめて全職員に発信、次の支援の統一を図る取り組みがある。</p>	

Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	b
	b) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	
	c) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、 a)53.3% b)33.3% であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <p>個別支援計画の見直しは、毎月のグループ会議で検討し、四半期毎の班による進捗状況の確認の会議も実施している。個別支援計画策定後、6か月でモニタリングをし、1年後には評価をする仕組みである。見直しをする際には、キャップ会議で検討し、責任者会議で決定する。緊急の見直しは、関係職員の意見を受ける等して、サービス管理責任者が決定する。変更になった個別指導計画は職員会議の資料として全職員に伝えられる。</p> <p>■改善課題</p> <p>管理者層による合議では、『a』と判断しているが、職員自己評価では、個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みについて周知が乏しい結果である。緊急時の見直しも含め、職員に手順を周知することが求められる。例えば、アセスメントから個別支援計画作成のプロセスについて、初回、継続、緊急時の見直しなどについてその手順や留意点などをフローチャート化(マニュアル化)するなどが挙げられる。</p>	

IV 具体的なサービス内容

IV-1 日常生活支援サービス

IV-1-(1) 食事		評価
IV-1-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。		
判断基準	a) サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a
	b) サービス実施計画に基づいた食事サービスの用意が十分ではない。	
	c) サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)93.3% b)3.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・個別支援計画の策定には、栄養士も関わっており、食事についての支援計画を盛り込んでいる。その計画に基づき、栄養量や、食事形態等を定めている。本事業所では食事形態を細かく分け、普通食・ソフト食Ⅰ、Ⅱ・ペースト食等としている。 ・食事の介助、支援方法については介助が必要な利用者については個別の介助方法・手順を策定し、テーブルの上に用意されている。更に栄養士や法人内他事業所の言語聴覚士が食事場面で実際に職員指導を行い、介助・支援の均質化を目指している。また食行為が不十分な場合には口腔体操を行うなど利用者の状態に合わせた、実施計画が策定され、サービス実施がされている。</p>	

IV-1-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。		評価
判断基準		
a) 食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫をしている。	b	
b) 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫が十分ではない。		
c) 食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫をしていない。		
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)56.7% b)43.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 利用者の嗜好調査は、栄養士が行っている。その他に残食調査などからも嗜好を調査し、厨房ミーティングで確認している。献立表は作業班に配られ、利用者は作業班でその日の献立を知ることになる。食事は適温には気配りしており、また選択メニューを実施している。朝はパンかごはん、昼は麺類の選択ができる、曜日を複数日用意している。季節ごとのバイキングや週に一度の手作りおやつを提供など、おいしく楽しく食べられる工夫がなされている。</p> <p>■ 改善課題 職員自己評価では、献立や食材について、障害特性を考慮しながら、あらかじめ利用者にわかりやすく提供されているという点について肯定率が低い。この必要性について職員間で検討されることを期待する。</p>	

IV-1-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。		評価
判断基準		
a) 喫食環境に配慮している。	a	
b) 喫食環境の配慮が十分ではない。		
c) 喫食環境に配慮していない。		
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)70.0% b)26.7% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・食堂内での動線を調整して、利用者の動きやすさを改善している。また、一人一人が落ち着いて食べられるような座席の工夫をしている。人によって窓を向いて他の利用者を気にせず食べられるようにしたり、人によって対面で利用者同士意識しあいながら食事ができるような気目細かな配慮をしている。さらに食事は利用者が一斉にとるのではなく、時間差をつけながら利用者間の緊張感が増えないような配慮をしている。個人が好む時間帯の判断には至らないが、時間差の配慮によって落ち着いて食べることができている。 ・食堂の環境については、定期的に検討している。室内の衝立による構造化についても、利用者一人一人のその都度の状態等を丁寧に把握し、不要な物を廃し、必要な物だけを取り入れようと常に心掛けている姿勢が伺える。また、テーブルクロスを掛けるなど、見た目の改善にも取り組んでいる。</p>	

IV-1-(2) 入浴		評価
IV-1-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。		
判断基準	a) 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a
	b) 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情の配慮が十分ではない。	
	c) 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)76.7% b)13.3% であった。</p> <p>■取り組み状況 ・入浴時の個々人に対する介助の留意点について、関わる全ての職員が周知できるように留意事項を脱衣場に用意するなどの工夫をしている。また、脱衣場での配慮として、本人の衣類置き場や洗面用具置き場を色別にして、居室と同じシールを貼るなどして利用者自身がわかりやすく、困らないような工夫をしている。</p> <p>改善課題：気になることは、浴室に貼られた「利用者支援に関する留意点」は、支援方法などが具体的に記載された手順である。支援者としては便利かもしれないが、記載された内容は対象とされる利用者への「プライバシー」への配慮が不足していると思われ、検討を期待する。</p>	

IV-1-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。		評価
判断基準		
判断基準	a) 利用者の希望に沿って行われている。	b
	b) 利用者の希望に沿って行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望に沿って行われていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、 a)33.3% b)36.7% c)20.0%</p> <p>■取り組み状況 入浴は毎日実施している。利用者が入りたくない意思表示をする時には、その日は入らないこともある。しかし長く入浴しない日が続くことのないように働きかけることは行っている。また、失禁等があった時には、シャワー対応をしている。入浴の時間帯は、日中と夜間とが設定されている。事業所では日中は介助の必要な人、夜間は男性で入浴自立の方としている。その意味では利用者の希望に沿うことは難しさがある。</p> <p>■改善課題 毎日入浴の決め事も職員が定めており、利用者とは相談しているわけではない。また、入浴する時間についても事業所側が決めていることであり、今後は直接利用者とは、「入浴時間について」等、テーマを定めて話し合い、合意して決めていく手続きが望まれる。</p>	

IV-1-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。		評価
判断基準		
判断基準	a) 環境は適切である。	a
	b) -----	
	c) 環境は適切ではない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、 a)63.3% c)23.3% であった。</p> <p>■取り組み状況 ・建物・設備は老朽化が進んでおり、継続的な点検を続けており、必要に応じて機器類の更新をしている。また、脱衣場にはエアコンが設置され、適切な温度管理をしている。また、浴室や脱衣場が外部から見えにくいように工夫している。例えば脱衣場の入り口にカーテンを取り付け、戸を開けても直接中が見えないようにしているなどである。</p>	

IV-1-(3) 排泄		評価
IV-1-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。		
判断基準	a) 介助は快適に行われている。	a
	b) -----	
	c) 介助は快適に行われていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、 a)66.7% c)20.0% であった。</p> <p>■取り組み状況 ・利用者の必要に応じて、個別支援計画でチェック表を用意している。マニュアルやガイドラインを用意し、対応している。また、看護師による排泄の勉強会も行い、個々人に応じた排泄介助ができるよう心掛けている。</p>	

IV-1-(3)-② トイレは清潔で快適である。		評価
判断基準	a) 清潔で快適である。	C
	b) -----	
	c) 清潔かつ快適ではない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)46.7% C)40.0%であった。</p> <p>■改善課題 ・職員自己評価の肯定率は、5割を切っている。そしてコメントからも改善すべき点が指摘されている。建物の老朽化が大きく原因していることもあり、毎日清掃しても、臭いがこもることが少なくない。トイレ清掃の効果的な実施方法を再検討する必要があると思われる。また悪臭に対して、効果的な消臭方法の工夫を検討することが望まれる。 ・トイレ環境の点検・改善の検討は定期的には行っていない。トイレのつまりなどの実際に必要な改善はその都度実施している。</p>	

IV-1-(4) 衣服		評価
IV-1-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。		
判断基準	a) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。	b
	b) 利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない。	
	c) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、 a)40.0% b)56.7% であった。</p> <p>■取り組み状況 衣服は家族が用意することが基本となっている。そのため、必ずしも利用者の個性や好み、流行などとはそぐわないこともある。家族から衣服の相談を受けることはあり、応じている。職員が衣類の購入支援をすることもあるが、選択できる利用者の場合はそのようにし、選択の難しい場合にはできるだけ利用者の個性や好みを尊重するようにしている。</p> <p>■改善課題 基本として、衣服の選択は誰が決めることであるのかの再確認が必要と考える。本人の意思をどのように顕在化させるかの工夫が必要であり、情報提供の仕方等の改善が望まれる。</p>	

IV-1-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。		評価
判断基準	a) 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切に行われている。	b
	b) 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適宜行われているが、十分ではない。	
	c) 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応が適切に行われていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、 a)56.7% b)40.0% であった。</p> <p>■取り組み状況 利用者のできることは自分で行うことを尊重しており、利用者からの着替えの要求に対しては、その意思を尊重し対応している、また破損や汚れ等に対して、職員がその都度対応している。</p> <p>■改善課題 汚れや破損が生じたときに対応について、職員の気づきに任されている。職員により個人差が見られる分野でもあり、衣服の汚れや破損などに対する対応について方針と対策が望まれる。</p>	

IV-1-(5) 理容・美容		評価
IV-1-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。		
判断基準	a) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。	C
	b) 利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない。	
	c) 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a)30.0% b)56.7% であった。</p> <p>■ 改善課題 ・現状の対応は、毎月、理容師や美容師(ボランティア)が来るので情報提供をし、利用者は整髪をすることができる。そのため、常にござっぱりとした髪型の確保はできている。ただ、この時に本人に髪型の希望を聞くことはしていない現状である。その理由の一つとして理美容については、家族対応を基本としている。その為本人の家族の意思が強く反映していると考えられる。女性利用者でロングヘアの方はいない、また化粧をしている利用者も見られない。 ・定期的に理容師や美容師が来所しているので、髪型の資料の提示や化粧(おしゃれ)についての情報提供をし、利用者の意向を聞く姿勢を当たり前のことにすること、また、髪型や化粧(おしゃれ)などへの関心を持てるような環境設定や働きかけを期待する。</p>	

IV-1-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。		評価
判断基準		
判断基準	a) 配慮している。	C
	b) -----	
	c) 配慮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a)86.7% c)6.7% であった。</p> <p>■ 改善課題 特定の1名のみが地域の美容院を利用しているが、他の利用者については地域店を利用できるような配慮は現状では取り組まれていない。職員は施設内での理容・美容を踏まえて86.7%の自己評価と捉えられるが、ここでは、地域の店舗利用についての項目である。事業所立地の地域特性を勘案しながらも、更なる取り組みが期待される。</p>	

IV-1-(6) 睡眠		評価
IV-1-(6)-① 安眠できるように配慮している。		
判断基準	a) 配慮している。	a
	b) -----	
	c) 配慮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a)90.0% c)3.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・夜間就寝中の支援について、マニュアル化はされていないが、夜尿対応や、不眠状態の利用者への対応は確実にできており、所定の書式に記録している。また、夜間に眠れないときは必要に応じて他の部屋を用意し、本人も同室者も安眠できるように配慮している。さらに、寝具の工夫として、ベッドカバーを好みで選べるように配慮し、安らげるように工夫している。通常寝室は暗くし、音も立てないようにしている。ただ、個室ではないため、どの人にとっても快適であるとは言い切れない。また、夜尿やトイレ誘導の対応などで室内を明るくする場合があります、同室者の睡眠に影響を及ぼしていることが課題と事業所は捉えている。</p>	

IV-1-(7) 健康管理		評価
IV-1-(7)-① 日常の健康管理は適切である。		
判断基準	a) 適切である。	a
	b) -----	
	c) 適切ではない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、 a)86.7% C)0.0% であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の健康管理票として市の健康調査票を利用し整備している。この健康調査票を日常的に活用することとしている。そして、看護師の指示の下、活動班単位でバイタルチェックを実施している。利用者が自分の体調を伝えられない人については、日常的にかかわっている職員が「いつもと違う」気づきを看護師に伝えることが日常的に実施されている。また、看護師が年2回の健康診断の結果を家族に伝え必要に応じて相談にのっている。同時に看護師は利用者の主治医に、健康診断で指摘された事項について報告し、治療や指導につながるようにしている。さらに、事業所には、歯科医師が毎月訪問し、利用者は2か月に1度は歯科検診と簡単な治療を受けることができています。 ・利用者の健康維持・促進のために毎日口腔体操を行い、また作業場まで徒歩通勤を実施する等のプログラムを実施している。 	

IV-1-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。		評価
判断基準		
判断基準	a) 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。	a
	b) 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる体制は整備されているが、取り組みが十分ではない。	
	c) 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、 a)80.0% b)13.3% であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医を初め、通院の必要な各科の医療機関との連携が取れている。それぞれの医療機関は協力的であり、必要時には迅速に通院することができる。看護師が通院を担当しているが、3人の体制であり迅速な対応が出来る。日常的に看護師がそれぞれの医療機関との連携を取っている。利用者特性についても医療機関の理解が進み、通院時に利用者が待合室で待てない場合には、車で待機するなどの対応も可能になっている。 ・緊急時等、体調に変化があった時の対応手順はマニュアル化されている。また、食堂や、ふろ場には緊急時対応のマニュアルも図解して表示されている 	

IV-1-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。		評価
判断基準		
判断基準	a) 確実に行われている。	a
	b) -----	
	c) 確実に行われていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、 a)76.7% C)6.7% であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬は看護師が直接医療機関や家族から受け取り、医務室での管理を徹底、また、利用者の「お薬手帳」を医務室で全員分保管している。薬については処方の説明書を必ず受け取ることを徹底しており、利用者一人一人の服薬の目的・効果・副作用等の把握をしている。また、服薬マニュアルが用意されている。日々の服薬は7割の利用者が必要としているが、その徹底については、複数人でのチェックや食堂内での服薬担当及び服薬ポジションを決めること等に対応している。そして、薬の使用状況は定められたチェック表記載によって管理している。 ・服薬の取り違えがあった時は、すぐに看護師に報告し、看護師の判断で必要に応じて嘱託医に相談をする手順が出来ている。服薬ミスは年度当初に目立ち、事業所体制の変化や人の移動に依るところが大きいと捉えている。ヒヤリハット報告の更なる徹底・活用が望まれる。 	

IV-1-(8) 余暇・レクリエーション		評価
IV-1-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。		
判断基準	a) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映され、希望に沿って行われている。	b
	b) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されているが、十分ではない。	
	c) 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)23.3% b)53.3% であった。</p> <p>■取り組み状況 利用者の意向の把握方法として、言葉での希望の他、楽しそうにかかわっている様子や、繰り返し自ら選んでいる様子等から余暇の希望を捉えようとしている。事業所として取り組むことを決めた余暇活動については、その内容や時間などを利用者に伝えている。テレビやCDの自由視聴や、プロ野球オープン戦や、近隣の夏祭り等を利用者に伝え、希望者が参加できるようにしている。地域のスポーツ大会などの地域資源活用をしている利用者もいる。また、昨年度からスヌーズレンを取り入れたことで、利用者が取り組める余暇の種類は更に増えたが、一方、スヌーズレンを楽しんでいる利用者は少なくない現状でもある。</p> <p>■改善課題 利用者が企画・立案に参加する取り組みは特になく、事業者が余暇活動を選択し、利用者はその内のどれを選ぶかの希望を聞くことに留まっている。今後は情報提供の方法を工夫しながら、利用者が行いたい活動を更に取り入れていくこと、利用者が主体的な企画・立案に参加できる試みが望まれる。</p>	

IV-1-(9) 外出・外泊		評価
IV-1-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。		
判断基準	a) 利用者の希望に応じて行われている。	b
	b) 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望に応じて行われていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)33.3% b)43.3% であった。</p> <p>■取り組みの状況 外出時には職員が同行し、必要な介助・支援・助言を行う検討している。外出は作業班ごとに実施しており、複数の利用者に複数の職員が付き添って実施している。近隣のお祭りや、プロ野球オープン戦の情報など、地域でのイベントについて職員は情報を収集している。</p> <p>■改善課題 地域でのイベントなどに関する情報などを利用者へ提供する取り組みは見当たらず、職員が行き先などを決め、その場所への利用者の参加希望を聞くことで実施している。行き先を決めることから利用者の希望を聞き、そして自分の意思で外出をすることができるような取り組みを期待する。今後、利用者の自治会あるいは、作業班ごとの話し合いのなかで利用者本人の希望を聞く体制が用意されることが課題である。</p>	

IV-1-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。		評価
判断基準	a) 利用者の希望に応じて行われている。	b
	b) 利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望に応じて行われていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、 a)36.7% b)46.7% であった。</p> <p>■取り組み状況 年に1回、1泊2日の班旅行を行っている。その前提で利用者の好みを推察し職員が場所等を決めている。週末に帰省する利用者が多いが、これは施設の都合で決めているのではなく、家族の希望に沿って行われている。利用者本人も帰省を楽しみにしている。</p> <p>■改善課題 班旅行の際などでは、利用者本人への外泊等の情報提供を心掛け、意思の尊重ができる取り組みが期待される。</p>	

IV-1-(10) 所持金・預かり金の管理等		評価
IV-1-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。		
判断基準	a) 適切な管理体制が整備され、確実な取り組みが行われている。	a
	b) 管理体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。	
	c) 管理体制が整備されていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)63.3% b)20.0% であった。</p> <p>■取り組み状況 ・預り金の管理は規定に基づき実施している。自己管理をしている利用者はいないが、自己管理に向けての支援をしている利用者はいらる。個別支援計画に基づき、小遣い帳をつける支援やSSTでの取り組みも計画的に実施するなど金銭等の自己管理への支援に取り組んでいる。 ・相互牽制体制(通帳と印鑑保管責任者の分離など)として、管理者と事務のリーダーが分担して役割を担当している。また、預り金残高について、家族会で最低3カ月に一度通帳とお小遣い帳を確認してもらっている。</p>	

IV-1-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。		評価
判断基準		
判断基準	a) 利用者の意志や希望が尊重されている。	a
	b) -----	
	c) 利用者の意志や希望に十分応じていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)56.7% c)26.7%であった。</p> <p>■取り組み状況 ・新聞や雑誌の購入については、個々人の好みで購入することができ、漫画本などを定期的に購入している利用者もいる。また、テレビ・ラジオは希望があれば個人で所有できる。ラジカセなどの個人所有者は多いが、テレビを個人所有している利用者は実際には3人に留まっている。テレビは事業所で定めた場所(居間と面談室)に設置しており、共同利用できるようになっている。事業所としては利用者の利用しやすさを配慮しているが、共同利用の方法について、利用者同士が話し合う機会について検討を期待する。</p>	

IV-1-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。		評価
判断基準		
判断基準	a) 利用者の意志や希望が尊重されている。	C
	b) -----	
	c) 利用者の意志や希望に十分応じていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)60.0% c)23.3% であった。</p> <p>■改善課題 ・本評価項目は、健康を配慮したうえでの利用者の意思や希望の尊重が重視されていることを評価する。職員の自己評価結果は『a』が高くなっている。施設内では飲酒をしないこと、喫煙は決められた場所で行うことを事業所としてルールを定めている。利用者の意向を取り入れた取り組みは見られない。現状での喫煙者は1名である。喫煙場所については事業所としての配慮をしており、喫煙する利用者には不都合は無いように見受けられると、事業所は判断している。喫煙をしている利用者は1人のみである。また、施設内での飲酒者はおらず、外出時に飲酒する利用者はいないわけではない。改めて、利用者の意向を聞くことの必要性について検討を期待する。</p>	

福祉サービス第三者評価「総評」

<使用した評価基準・判断基準と着眼点>

○使用した評価基準

第三者評価の基準は「岡山県福祉サービス第三者評価基準」の障害者・児施設版、障害者支援施設を対象とした基準である。平成25年4月1日に改定された基準を使用した。

○判断基準

福祉サービスの第三者評価では、事業所活動の現状に関する自己評価、利用者調査、資料・文書、および評価調査者が聞き取り調査を実施して得られた情報を総合的に判断して、評価を行う。このときの判断基準として、a)・b)・c)の水準が示されている。

この3段階の判断基準は、最低基準を満たしていることを前提とし、それぞれ下記の通りに内容が示されている。

a) 評価

よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

b) 評価

a) 評価に至らない状況、多くの施設・事業所の状態で、a) 評価に向けた取り組みの余地がある状態

c) 評価

b) 評価以上の取り組みとなることを期待する状態

○評価細目ごとに示される「着眼点」

着眼点は現場の活動や取り組み状況を判断する際にチェックすべき点で、評価を行う際の視点になる。評価項目により着眼点の項目と数は違うが、この着眼点の実施状況を参考にして、評価・判断が行われる。

職員自己評価でも着眼点によって自事業所の実施状況を判断し、取り組みを総括して、判断基準 a)・b)・c) のいずれかであるかを職員が判断する。

○評価機関としての判断基準

判断基準 a)・b)・c) を評価機関として判断する際の根拠として、経営層（管理者）からの聞き取り内容、利用者調査（アンケート）の結果、規程・マニュアル、会議録、利用者への個別支援計画など書類を確認し、それらに基づき a)・b)・c) を総合的に判断した。

評価 a) の場合は、基本的には「取り組み状況」のみ記載し、b)・c) の場合は「取り組み状況」と「改善課題」を記載している。

当事業所の場合は、常勤職員 34 名、非常勤職員 8 名を対象とし、各自が個別に自己評価した。回収率は 71.4% である。また、経営層の合議は、管理者、サービス管理責任者、リーダーの 3 名で取り組んでいる。

<第三者評価の結果>

○特に良いと思われる点

1、管理者は支援の考え方や方法等の改善においてリーダーシップを発揮している

管理者は平成 27 年 10 月に就任して約 1 年が経過したところである。当事業所を含む自立支援事業グループの統括でもあり、法人の経営会議や自立支援事業グループ会議に統括として参加するとともに、事業所での支援の考え方・方法等の改善においてリーダーシップを発揮している。

理事長の意向を受け、また管理者自身も障害者福祉制度の改革の方向性、利用者の高齢化、現在のサービスの質などから事業所の現状に危機感を持っている。そのため「あしたばの常識を覆す」として『『お世話型』の支援から『自立・尊厳・ハビリテーション』の視点を入れた支援への転換』を掲げ、サービス管理責任者ととともに率先して取り組んでいる。

また、管理者はその改善推進にあたり自ら率先垂範するよりも職員の主体性を尊重しようと心がけている。サービス面ではサービス管理責任者（マネジャー）とリーダーに信頼を寄せて協力関係を築き、組織的な周知や意思決定の面では自らも参加する責任者会議、キャップ会、職員会議がある中で、特に職員の声を聞いてボトムアップにつなげる機会としてキャップ会を尊重している。

2、関係職員が連携して、利用者の個別性に配慮した食事介助・支援、食事環境への配慮に取り組んでいる

食事に介助を要する利用者には「個別支援計画」に支援内容を明記し、「おいしく食べる」取り組み、更に「喫食環境」の配慮など、食事の支援のトータル

な取り組みを充実させている。

個別支援計画策定には管理栄養士が関わり、支援内容を計画化している。職員のアンケート結果では特に、「サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている」については、93.3%が『a』と回答している。

具体的な取組みとして、どの職員もが計画に基づいた摂食支援が行えるように、栄養士および法人内他事業所の言語聴覚士も加わって、食事場面でのOJT指導を行っている。そして、介助、支援方法については個別の介助方法・手順を作成し、その人が座るテーブルの上に用意している。また、個々人の摂食状況に応じての細やかな食事の形状（普通食・ソフト食Ⅰ、Ⅱ・ペースト食等）も実践しており、利用者が楽しく安心して食べられる取組みとなっている。選択メニューの回数も多く、朝食のパンとご飯の選択は一週間で4日実施している。季節にふさわしいバイキングや、水曜日の手作りおやつなど、マンネリ化せず変化をつけることで、楽しさやおいしさ、豊かさを演出している。

喫食環境については、利用者の障害特性を配慮した空間構造化が行われているが、必要最小限の衝立使用に減らしており、その他にもテーブルクロスを使用し、食堂内の明るさが一段と増している。利用者同士の距離も個々に応じて配慮されており、ゆったりとした落ち着いた食環境が守られている。

2、日常の健康管理には、看護師との連携、医療機関との連携の適切性を期している

「日常の健康管理」「適切な医療受診」「薬の取り扱い」共に、利用者に応じた適切な実践が出来ている。職員アンケート結果では、すべての項目で『a』評価は75%以上である。職員は、健康面で「いつもと違う」状態をいち早く看護師に伝えることを奨励、実践している。また、看護師と現場職員との連絡調整が密に行われ、利用者のちょっとした変化に職員が気づく視点を看護師から学ぶこともできている。その他にも事業所の研修会として看護師が講師になる保健衛生研修も定期的を実施し、職員全体の医療面での知識・技量アップが図られている。

医療受診については、嘱託医は無論のこと、その他各科医との関係も協力的な状態が継続できている。利用者の障害特性を受診先の医療機関が理解してくれており、待合室にいられない利用者は車の中にいたままでも良いなどの配慮もしてくれている。また、歯科医については毎月当事業所に来訪し、利用者の口腔衛生及び治療にあたってくれている。そのような関係性を築き、受診環境を整え、利用者の安心、安全を期した取組みを充実させている。

薬の管理については全員のお薬手帳を管理しており、服薬・塗薬状況がわかるように工夫している。利用者の服薬は現場の支援員も関わるため、薬についての説明は薬局で用意してくれるカラー刷りの説明用紙を保管し、看護師が必

要に応じて説明を加えながら職員に周知できるように工夫している。

本事業所では、看護師定員1名のところ、3人配置している。その配置自体利用者の健康管理を何よりも大事にしている姿勢の表れと言えよう。

○改善が必要と思われる点

1、課題解決に向けた具体策やスケジュール等をより明確化した事業計画の策定

事業計画は法人全体で統一された構成で、中期経営計画との整合性に留意し、当事業所を含む自立支援事業グループの重点目標に沿って策定されている。

しかし、事業計画の「事業所方針」と「重点方針」との関係性や整合性は明確には読み取れず、「重点方針」中の「具体策」には抽象的な内容表現が散見される。また、それらを達成するための具体的な手立て（例：方法、機会、時期、頻度、職員育成、体制など）に関する記述は少ない。「時期」の欄における「随時」「通年」という記述では具体性に乏しいと言わざるを得ない。

現に取り組んでいる『お世話型』の支援から『自立・尊厳・ハビリテーション』の視点を入れた支援への転換についても、敢えて分かりやすい表現に置き換えている側面もあるが、それと明確に読み取ることは難しい。

職員自己評価において事業計画については肯定的な回答の割合が半数に満たない項目が多かった。その原因分析を踏まえ、計画の妥当性や実効性を担保するための具体策やスケジュールの明示、職員や利用者等への周知などの取組みに期待する。

2、個別支援計画の作成において、「アセスメント」の概念理解し、それを使用した取り組みについて検討を期待する。

当事業所では、個別支援計画策定に当たり、「アセスメント」という名称は使われていない。職員の自由意見の中にも「明確なアセスメントの情報を見たことがありません」との記載がある。

当事業所では、個別支援計画作成の一連のプロセスの中で「附表」をアセスメントと位置付けている。この附表には、心身の健康・ADL・社会生活・余暇・日中活動・家庭生活が、記載されるようになっている。そして毎年更新することも位置している。職員は、暗黙の了解として、附表をアセスメントと捉えていると思われるが、名称を先ず再考することが必要である。更に、アセスメントとは、利用者支援に際し、必要な情報を集めて、分析評価するためのものであり、その目的を意識しながら、内容の整備も再考することを期待したい。

福祉サービスの分野では、「アセスメント」の説明を、利用者に問題があるかどうか、どのような問題状況を把握するために必要な情報を収集・把握する

こと、そして把握した情報から問題状況の背景や要因、悪化の危険性、改善の可能性を検討しニーズを明確にすることとしている。今回の評価で使用しているガイドラインでは、「利用者の身体状況や生活状況、行動の特徴、将来の生活について希望などを組織が定めた統一された様式によって把握する」とし、またサービス開始直後には事前に把握していた内容が実際と異なっている場合もある事を視野に入れた計画的なアセスメントを行う必要があると、解説している。すなわち、利用者を理解しニーズを明確にするために必要な情報の項目の明確化とその分析がアセスメントであると言えよう。この取り組みのためには、情報把握するための項目のシート化、そして、誰から、どこでどんな方法で情報を収集するのかという方法、把握した情報を誰がどのようにして分析しニーズを明確にするのかという体制が重要である。そして個別支援計画を策定するのである。

本事業所で使われている「附表」の位置づけを始めと、方法やニーズの分析と個別支援計画作成にわたる一連のプロセスについて、検討が必要である。法人全体・自立支援グループの課題として取り組む事が必要ではないかと、提案する。新たにアセスメント書式が整備されることが必要である。

3、利用者の主体的な意思表示を促進する取り組みについて検討を期待する

当事業所は従来の「お世話型」を脱却し、利用者の「ハビリテーション」を重視することを支援方針としている。また事業計画では、重点方針の一つとして「その人らしい生き方支援」では、外出計画を立てる段階から、あるいは買い物や散髪などにおいては本人で選択できる体制づくり、を具体策に掲げている。

しかし、日常の具体的サービス内容を見た時に、衣服の決定も理美容での髪型の嗜好も利用者の意思が確認されていない。その他の日常生活、余暇活動や行事の取り組みについても、利用者が意思表示する場は用意されていない。職員が「利用者の気持ちを察して決定している」という状況である。障害が重く、なかなか意思表示が難しい特性があるからこそ、彼らが理解できるような情報提供の工夫が求められ、自治会等々に代表される、意見表明の場が準備される必要がある。検討を期待する。

4、苦情解決の仕組みを利用者が理解できるための工夫と実効性のある体制づくりを期待する

当事業所では、重要事項説明書、契約書に「苦情申し立て先」として本事業所の担当者のほか、行政等の関係機関の所在地・電話番号を明記し、契約時には家族に説明している。ただし苦情解決者の明記は見られない。実践上は、苦情

はサービスの改善につながるとして、家族会や家族との連絡帳、送迎の際のやり取り等で把握し、即応を基本として対応する方針である。苦情を受け付けた際は、管理者等が苦情内容を精査し、対応を検討し苦情申立者に解決に至った経緯を説明している。一連の経緯は、法人の苦情解決システムに沿って、「自立支援事業グループ会議」で報告している。しかし、この度の利用者アンケートで外部の苦情窓口について「知っている」とした利用者は皆無であった。重要事項説明書への記載を始めとし、人権擁護の視点から重要な仕組みであるこの制度への認知を図る取組は喫緊の課題である。

また、第三者委員として2名の学識経験者に、苦情・相談に関わる職務を委嘱している。「職務規定」に第三者委員としての役割を明確にしているが、第三者委員としての活動は確認できない。また、重要事項説明書にも明示はない。第三者委員の役割、責任を明確にしその機能を果たすことを期待する。

社会福祉法人のガバナンスの視点から事業の透明性の確保・情報の公表が重要視され、苦情についても取り上げられている。苦情を申し出た利用者に対する経過や結果のフィードバックは当然のこと、苦情を申し出た利用者等に不利にならない配慮をした上で公表するという方向性である。この視点からの検討を期待する。

5、サービスの一定水準確保には、文書化による標準化が望まれる

当事業所では、標準的な実施方法の文書として、職員体制が日勤・夜勤などのローテーションを組んでサービス提供するために各勤務帯における「業務手順」、また共同生活を鑑みたとき最低限必要と思われる「感染症対策」、法人が作成している「服務規律」等が文書化されている。しかし利用者の直接支援に関わる例えば排泄・入浴、日中の班活動に関してなどの文書化は、不足している。

標準化をとらえ「多様な利用者に対してマニュアルに基づいて画一的なサービス提供につながる」との意見もあるが、画一化を求めているのではない。各職員の経験知を結集させ、標準的な実施方法を定めてそれを文書化し、職員が共通の認識を持ってサービス・支援に当たることであり、安全性の側面からも重要である。標準的な実施方法には技術に関することだけでなく、サービス・支援実施時の留意点や利用者のプライバシーへの配慮、設備など事業所の状況に応じた業務手順なども含まれる。利用者ひとり一人の状態像に着目した個別的服务提供に必要な「個別手順書」は、この標準化を踏まえ作成するともいえる。

当事業所においては、各職員の経験を生かし、適切に支援が実施されてきたものと推察はできる。一方、新人職員の採用や人事異動等による業務のばらつ

きが懸念される。文書化すべき課題の検討、職員参加の体制づくり、そして実施・作成する事への取組みが求められ、職員への理解促進からの出発が必要と思われる。

1
2
3

4
5
6