

## 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：おうちだ	種別：日中サービス支援型グループホーム	
代表者：時吉 順子（管理者）	定員（利用人数）：20名	
所在地：岡山県岡山市北区撫川848		
TEL：086-238-1802	ホームページ： <a href="https://www.cumre.or.jp/">https://www.cumre.or.jp/</a>	
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
設立年月日：2022（令和4）年 4月 1日		
経営法人・設置主体：社会福祉法人 クムレ		
職 員 数	常勤職員：18名	非常勤職員：7名
専門職員	社会福祉士：4名	介護福祉士：7名
	介護支援専門員：2名	保育士：4名
	看護師：1名	
施設・設備の概要	居室（7.97㎡）25室、リビング（60.69㎡）2室、浴室（10.81㎡）4カ所、トイレ（4.56㎡）10カ所、エレベータ など	

### ③ 理念・基本方針

#### ●理 念

（法 人）ともに育ち ともに生きる

（施 設）障害の有無や年齢にかかわらず、子どもから高齢者までが、生きがいや役割を持って過ごせる

#### ●基本方針

高齢者から若者まで、障害のあるなしにかかわらず、世代や分野を超えたすべての人々が暮らしと生きがいを共に創り、支え合う「地域共生社会」の実現をめざす

#### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 多機能の支援体制（人財育成）
- 2) 自立、尊厳、リハビリテーション（利用者支援の充実）
- 3) 地域とのつながり（地域共生社会に向けた取り組み）

#### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2023年11月 9日（事前説明日）～ 2024年3月12日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回

#### ⑥ 総 評

##### ◇特に評価の高い点

##### 1. 看護師を中心として、日常の健康支援、医療的ケア、主治医との連携や医療に関する訪問サービスを活用して、自ら不調を訴えることが難しい利用者の健康増進や病気の早期発見・対応などに努めている

利用者のほとんどは自ら不調を訴えることが難しいため、日々のバイタルサインの確認や、年1回の定期健康診断により、体調の変化に早く気づけるようにしている。また、強度行動障害のために服薬の調整・管理が必要な利用者、経管栄養・ストーマ管理等の医療的ケアが必要な利用者もいるので、医療対応が求められている。

定期通院時には担当職員と看護師が通院資料を作成して主治医に届け、医療的な対応について主治医から助言が得られるように努めている。服薬も含め医療的な対応については看護師が手順書を作成し、生活支援員や世話人は、その手順書に基づいて対応している。頓服薬のある利用者も多く、その服用については、看護師を中心にその場の職員で検討し、対応している。

また、利用者に応じて訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを活用し、事業所職員だけでは対応できない部分については専門機関の積極的活用を図っている。そのときの連携も、看護師を中心に行っている。

感染症、アレルギー、AED、救急法、吐物処理、薬についての職員研修を行い、職員全体の医療に対する知識とスキルの向上に努めている。コロナ禍の最中に開設することになったが、感染防止対策に努め、利用者の健康を守ってきた。

当事業所では、看護師を中心として職員全体で利用者の健康の支援を行っている。

## 2. 介護記録システム『ケアコラボ』を活用して家族と情報共有し、家族会への参加、家族との面談、満足度調査など家族から意見を聞く場を複数設け、家族の要望に応え、家族と協力して利用者の支援に努めている

利用者の状況や支援の内容については、パソコンで介護記録システム『ケアコラボ』に日々記録しているため、短期入所の利用者も含めてリアルタイムに情報提供することができ、家族にも伝えている。また、家族からの意見・要望も、随時『ケアコラボ』を通して発信してもらうようにしている。

個別支援計画のモニタリングの際には、改めて家族から要望書を提出してもらい、計画の内容に反映させている。また、個別面談を行っている。家族主催の家族会に管理者やサービス管理責任者が出席し、事業所の情報を伝え、家族の要望を確認している。家族会の参加率は高く、ほぼ9割の家族が参加している。家族会では、家族のニーズに合わせて、介護保険や親亡き後などについての勉強会を行っている。利用者満足度調査も毎年実施し、その調査も家族の意見・要望を確認している。

当事業所では、家族から意見・要望を聞く場を複数持ち、家族の要望に応えながら、家族と協力して利用者の支援を行っている。

### ◇特に改善を求められる点

#### 1. 事業所として目指すことを職員間で共有し、それに向けてより着実に取り組んでいくために、事業計画の内容の充実とその積極的な活用を図ることを期待する

事業計画を法人の全事業所共通の構成枠組みに整理し、3つの事業（共同生活援助、児童発達支援／放課後等デイサービス、生活介護）を多機能型事業所として一体的に定めている。

しかし、事業計画に関しては、以下の諸点に課題がある。

- ・法人の中期経営計画との整合性や関係性が事業計画から明確には読み取れない。
- ・事業所としての中・長期の目標・ビジョンや計画が明確ではない。
- ・多機能事業所として一体的に定めていることもあるため、当事業所として取り組む事項と多機能型として取り組む事項の峻別がしにくい。
- ・事業計画の記述内容から、例えば、当年度において重点的に認識している課題、力を入れること、各取り組みの内容、体制、実施時期・回数などが具体的に読み取りにくい。
- ・事業計画策定の過程に、職員参加の機会を明確には位置づけていない。
- ・事業計画の内容を職員が理解できるようにするための取り組みは、年度の途中の進捗状況の説明も含めて十分ではない。年度途中の説明資料（岡山エリアの「ありたい姿を具体化するために」）は事業の進捗や達成状況を明示しているものではない。
- ・利用者、家族、地域住民、関係機関等への事業計画の内容の周知の取り組みが十分ではない。

当事業所は開設後まだ数年という状況であり、事業所の目指すことを職員間で共有し、それに向けてより着実に取り組んでいくための手立ての一つとして、事業計画の内容の充実とその活用を図ることが望まれる。

それには、事業計画の記述内容が具体的でわかりやすく、かつ理解の促進や計画策定への職員参加の機会づくりなどの工夫が求められる。

また、事業計画は、利用者、家族、地域住民、関係機関等に対して事業所の課題の認識や取り組みについて表明できる重要なツールでもあり、その周知を図ることが重要である。もちろん、必ずしも計画そのものを配布する必要はなく、理解しやすくするための工夫や配慮も不可欠である。事業計画の内容充実とその積極的な活用を図るための取り組みを期待する。

## **2. 土日の日中は散歩、創作活動、地域の行動援護事業を利用した外出支援を行っているが、職員体制や行動援護事業の少なさから、利用者に応じた文化的な活動やスポーツの機会など、地域住民の一人として地域生活を過ごす機会を得ることが難しいので、グループホームの内外で取り組みを行うことを期待する**

平日の日中は、すべての利用者が敷地内の生活介護や法人内の他事業所に通所をしている。土日は、グループホームの取り組みとしては、散歩、野菜の収穫、創作活動などを行っている。行動援護事業を利用して、買い物、プール、映画などの外出をしている利用者もいる。また、敷地内で取り組んでいる「マルシェ」に参加する利用者もいる。

しかし、職員体制から利用者の外出支援を行うことが難しく、地域に行動援護の事業所も少ないため、利用者一人ひとりの興味・関心に応じた余暇活動を提供する取り組みが十分ではない。近隣のコンビニエンスストアまで買い物に行ったり、理美容室を利用したりといった地域住民の一人として当たり前の活動に取り組めていない。利用者調査でも、文化的な活動や身体を動かす活動、近くの店に好きなとき買い物に行くことなどを要望するコメントが寄せられている。

グループホームは利用者にとっての家であり、利用者はその地域の地域住民の一人である。利用者が地域住民の一人としてさまざまな社会資源を活用し、文化的な活動やスポーツ活動等に参加する機会が得られ、充実した生活が送れるように、グループホーム内外で取り組みを行うことを期待する。

## ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の第三者評価の受審によって、自分たちでは気づいていないことや、よりよい支援に向けてどのように取り組んでいけばよいのかなどが明確になり、大変勉強になりました。

講評いただいた内容のうち、ただちに改善できることには事業所としてすぐに取り組み、法人と協働する必要のあることは、相談しながら改善していきます。

### ■事業計画について

計画の策定には職員も参画し、具体的でわかりやすい内容となるよう配慮しています。策定した事業計画の内容は全職員・全家族に周知し、浸透するように取り組んでいきます。

### ■管理者の役割・責任とリーダーシップについて

管理者の役割と責任を職員に理解してもらえるように、管理者として日頃から職員とのコミュニケーションを図りながら伝えていきます。

### ■福祉人材の確保と人材の育成計画および人事管理について

法人に対して当事業所の状況を伝えながら、働きやすい環境づくりを検討するとともに、職員の定着を図っていきます。

### ■自己決定支援や地域移行支援について

令和6（2024）年度の報酬改定により、加算の算定対象となりました。今後は、職員と保護者の意識改革を図ることも含めて、早速、自己決定支援や地域移行支援に取り組んでいきます。

### ■苦情解決のしくみについて

当事業所における苦情対応については、未公表でした。今後は、家族会において公表するほか、令和6（2024）年度の報酬改定で設置義務化された地域連携推進会議でも報告していきます。

### ■利用者の権利擁護に関する取り組みについて

身体拘束の3つの原則（切迫性、非代替性、一時性）に関する家族説明については、職員間では周知して会議を開催し、話し合いを行っていますが、家族に対しては同意を得る段階で書面に明記して説明するというところを行っていませんでした。今後は、3つの原則について同意書に明記し、説明できるように改訂していきます。

また、利用者の人権が侵害されるような支援が見受けられたときは、その職員本人も人権を侵害していると気づいていない場合もあるので、職員同士で声をかけ合ったり、職員会議などで支援の振り返りができるようにしていきます。

## ⑧ 第三者評価結果

別紙（p.7～37）の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

● 共通評価基準

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

【1】I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		評価
判断基準	a) 法人、福祉施設・事業所の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。	a
	b) 法人、福祉施設・事業所の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。	
	c) 法人、福祉施設・事業所の理念、基本方針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) 68.4% b) 26.3% c) 0.0% 無回答) 5.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本理念である「ともに育ち ともに生きる」は、利用者、家族、職員、地域と「ともに」という考え方を包含したもので「行動指針」「基本方針」「クムレ10の心得」とともにホームページに明示している。</li> <li>・正職員と嘱託職員A(有期限雇用契約でフルタイム勤務の職員)にはブランドブック(組織の理念等を職員に理解・浸透させることを目的として配布している小冊子『クムレ10の心得』)を配布し、嘱託職員B(パートタイム職員)には名刺サイズのカードに理念等を記載し、配布している。</li> <li>・法人が定めている新人職員に対するOJT(クムパートナー制度)で使用するチェック表の冒頭に、法人理念や基本方針を理解させることを位置づけている。</li> <li>・新規採用時の研修はもとより、全職員対象に年度当初に「理念研修」を開催して法人の基本理念等の理解の浸透を図っている。</li> <li>・当事業所では、職員会議(毎月)で職員にブランドブックを持参させて『クムレ10の心得』を唱和している。</li> <li>・利用者の家族には、家族会(隔月開催)で地域共生社会づくりなど法人の方針や目指しているものなどについての周知に努めている。</li> </ul>	

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

【2】I-2-(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) 52.6% b) 26.3% c) 10.5% 無回答) 10.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業経営を取り巻く環境と経営状況の把握の取り組みは、理事長および法人本部が中心となって行い、それを踏まえて役員会(理事以上)および経営会議(管理職以上)で法人全体の方向性を決定するしくみである。</li> <li>・法人では、倉敷市、総社市、岡山市に事業所を置き、各事業所がそれぞれのサービスを提供するとともに、その所在地域によって「拠点」と称するグループ(昨年度は「5拠点1基地」体制)に区分し、拠点ごとにも事業計画を定めて事業展開してきたが、今年度は「拠点」を「エリア」に名称変更するとともに体制を再編した(クロスエリア、にじいろエリア、暮らす働くエリア、栗坂エリア、岡山エリア)。</li> <li>・各エリアにはエリア長を置き、法人が把握した経営状況等はエリア長会議やエリア会議で各事業所に周知されるとともに、各エリアでは管轄する各事業所の経営状況をエリア長会議やエリア会議などで共有して課題の抽出に努めている。</li> <li>・当事業所を含む多機能事業所おうちだ(グループホーム、放課後等デイサービス、生活介護など)は単体で岡山エリアに位置づいている。当事業所の管理者がエリア長で、経営会議やエリア長会議に参加している。</li> <li>・事業所は2022(令和4)年4月に開設し、2年目を迎えている。開設時の職員配置が手厚かったことで人件費比率が高く、経費の削減が重要課題となっていることから、法人本部および事業所において特に収支状況について注視している。</li> </ul>	

【3】I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。		評価
判断基準	a) 経営環境と経営状況の把握・分析に基づき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
	b) 経営環境と経営状況の把握・分析に基づき、取組を進めているが十分でない。	
	c) 経営環境と経営状況の把握・分析に基づく取組が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 36.8% b) 47.4% c) 10.5% 無回答) 5.3% 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主導し経営会議等で共有された経営課題と取組の方針に基づき、エリア体制の中でエリアごとの取組み（地域貢献活動など）や各事業所でのサービス提供を行うしくみである。</li> <li>・当事業所が所属する岡山エリアでは、毎月開催するエリア会議で、①公益的な取り組み、②おうちだ内の各事業所の実績（職員の状況、収支状況、備品、支援、ヒヤリ・リスクなど）に関して情報共有するとともに、課題解決の取り組みを協議している。</li> <li>・当事業所では収益率が厳しいため、もともと職員配置が手厚かったことから、異動や退職した後の補充は行わず、また定年退職している高齢者を採用して洗濯などの補助業務を担当させたり、事務担当を短時間のパート雇用に切り替えるなどの取組を行っている。</li> <li>・経営状況に関する職員への周知はリーダー層を中心に行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人主導による経営状況の分析とそれに基づく取組の体制は整備されているが、今回の第三者評価におけるこの項目に関する職員自己評価では、上記の通りに「a」評価とした職員の割合は36.8%であった。</li> <li>・より具体的には、「経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している」に関する肯定的な回答の割合は52.6%、「経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている」に関する肯定的な回答の割合は36.8%であった。</li> <li>・経営状況はリーダー層には知らせているものの、一般職員への周知をどう行うかは事業所でも課題と認識している。状況に応じた適切な周知の内容、時期、方法などの検討が望まれる。</li> </ul>	

### I-3 事業計画の策定

#### I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

【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・長期の事業計画または中・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) 94.7% b) 5.3% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では「くもれ中期経営計画2025」を策定している。そこでは「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組を明示している。</li> <li>・中期経営計画は経営会議で必要に応じて見直している。事業実施体制を新たにエリア体制に再編し、「くもれのありたい姿」(ビジョン)に向け、計画的に取り組む計画としくみを整えている。</li> <li>・中期経営計画は、全職員対象の理念研修(4月1日実施)でその内容を説明し、参加できなかった職員には動画で説明している。</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) 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	b
	b) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度の計画は、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) 73.7% b) 21.1% c) 0.0% 無回答) 5.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「クムレ中期経営計画2025」の内容を踏まえて、各エリア、各事業所で単年度の事業計画を策定している。</li> <li>・単年度の事業計画は、すべての事業所が共通のフォーマット(枠組み)で「1 事業所のありたい姿」「2 目標利用者数・収入」「3 利用者支援の充実」、「4 地域共生社会づくりに向けた取り組み」「5 業務改善及び運営基盤の確立」「6 設備投資計画」で構成している。</li> <li>・当事業所の事業計画は、多機能型事業所として一体的に定めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の中期経営経営計画と事業計画との整合性や関係性は明確には読み取れない。</li> <li>・多機能型事業所として取り組む事項と、当事業所に該当する事項との峻別が行いにくい上に、抽象的な記述内容が見受けられ、事業所における重点的な課題や取り組み、各取り組みの内容、体制、時期などを具体的に読み取ることは難しい。</li> <li>・事業計画は、所属している職員はもとより、利用者、家族、地域関係者等も含めて当該年度に行うべき課題や取り組みを共有する重要なツールである。そのため、記述内容はできる限りわかりやすく、具体的であることが求められる。改善を期待する。</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もとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または職員の理解が十分ではない。	
	c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 57.9% b) 31.6% c) 5.3% 無回答) 5.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画は法人本部が示す枠組みやスケジュール等に従って管理者が策定している。</li> <li>・事業計画の職員への周知は、管理者が4月の職員会議で説明するとともに年度途中に進捗状況を説明している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画の策定過程における職員参加の機会は設けていない。</li> <li>・事業計画を年度当初に職員に説明しているものの、それ以外に事業計画を活用する機会はない。</li> <li>・年度途中の職員への説明資料『ありたい姿を実現するために』は、写真や絵を用いてA4判1枚で見やすくなるよう工夫に努めているが、その内容は当該年度の事業の進捗や達成状況を明示しているとは言えず、計画の実施状況の説明資料としては不十分である。</li> <li>・職員自己評価では「計画策定における職員参加」「定められた時期や手順に基づく評価」「評価結果に基づく見直し」「職員への周知」の各項目に関して、肯定的な回答の割合はいずれも50%前後であった。そもそも計画の記述内容が抽象的であり、職員の理解や関心が浸透している状況ではないことが読み取れる。改善を期待する。</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) 47.4% b) 31.6% c) 15.8% 無回答) 5.3% であった。</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画を利用者や家族に周知していない。</li> <li>・事業所が、当該年度に「何を指して、どのように取り組もうとしているのか」などの情報は、利用者や家族の理解や信頼関係をより高める上である。わかりやすく周知する方法や資料内容の表現の工夫も含め、その検討と取り組みの具体化を期待する。</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) 68.4% b) 26.3% c) 5.3% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、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>・法人では運営する全事業所には数年ごとに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している。</li> <li>・また、法人では、家族を対象とする業所別の「満足度調査」(サービス利用に関するアンケート)を毎年度実施している。満足度調査の調査項目は法人で定めているが、事業所で加えることもできる。</li> <li>・当事業所における第三者評価の受審は、今回が初めてである。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者家族を対象とする満足度調査の実施や第三者評価の計画的な受審など、法人としてサービスの質の向上を図る体制を整えているが、当事業所では第三者評価の受審は初めてであり、質の向上のための組織的な対応体制の整備などは今後の課題である。</li> <li>・満足度調査への対応も含め、サービスの質の向上のための組織的な体制やしきみの確立が求められる。さらなる取り組みを期待する。</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) 57.9% b) 36.8% c) 5.3% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では経営する事業所に計画的に福祉サービス第三者評価を受審させ、受審した事業所では結果を踏まえた改善計画を作成し、法人主催の報告会(役員や全事業所の多くの職員が参加)で発表している。</li> <li>・法人による「満足度調査」(サービス利用に関するアンケート)の結果は法人のホームページで公開している。当事業所ではその調査結果を家族会と職員会議で報告している。</li> <li>・事業所での第三者評価の受審は初めてであり、受審結果を踏まえて改善につなげたいとしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所では初めての第三者評価の受審であり、今後は改善策の文書化や担当体制など改善への体制やしくみの整備が求められる。組織的かつ計画的な取り組みづくりを期待する。</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) 63.2% b) 21.1% c) 15.8% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では管理者の権限を職務権限規程、職制規程、組織規程で定めている。</li> <li>・管理者は2022(令和4)年4月の「おうちだ」設立時に同一建物内の他事業所の管理者として新たに採用され、今年度から岡山エリアのエリア長に就任するとともに当事業所の管理者を兼務している。</li> <li>・管理者はエリア長として「おうちだ」全体の経営の安定化と職員の育成や定着を自らの重要課題と位置づけ、一人ひとりの職員とのコミュニケーションに努めている。また苦情対応を始め家族や外部とのやりとりにおいて責任者として役割を果たすことが重要と考えている。</li> <li>・高齢分野の現場経験が長いことやエリア長として会議参加などの業務が多いこともあり、事業所の現場はサービス管理責任者を中心に進めさせている。</li> <li>・職員会議では「おうちだ」の方針を示しながら職員の協力と成長への期待を伝え、よりよい職場づくりに向けたメッセージを発信している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、自らの役割と責任に関して、職員に対して特段に説明する機会を設けていない。</li> <li>・エリア長としての役割と責任があるなかで、事業所内において、サービス管理責任者との役割や責任の分担なども含めて、職員に明確に周知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>	

【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) 63.2% b) 26.3% c) 10.5% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人で法令遵守規程を定め、全ての役職者が法令遵守する旨を規定している。</li> <li>・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法令等の把握と理解に努め、疑問が生じた場合には法人本部や行政に確認しながら業務を遂行している。また、行政による実地指導の際には改善事項をまとめ、職員に知らせている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では「管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、遵守するための具体的な取組を行っている」という項目において、肯定的な回答の割合は42.1%である。</li> <li>・管理者には遵守すべき法令に関する理解を深めるとともに、同様の理解を職員に周知する取組みやしくみづくりが求められる。さらなる取組みを期待する。</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持ち、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) 52.6% b) 31.6% c) 15.8% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は事業所のサービスの質の向上に意欲を持っているが、兼務などもあって基本的には事業所の現場はサービス管理責任者を中心に進めさせている。</li> <li>・自らは家族への対応なども含め対外的な役割を中心に担っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では、サービスの質の向上に関して「組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している」「職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている」「職員の教育・研修の充実を図っている」の各項目において肯定的な回答の割合は50%前後であった。</li> <li>・職員の意見を丁寧に集約しながら、サービス管理責任者との役割分担をより明確化するとともにサービスの質や研修内容の充実に向けた指導力の発揮が求められる。</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) 47.4% b) 31.6% c) 21.1% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人事、労務、財務等に関しては主に法人本部が役割を担うしくみであり、基本的には管理者は人事や労務等に直接には関与しない。しかし、嘱託職員Bの採否については決定できることから、事業所において短時間パートを採用して正職員の負担軽減と経費削減を図っている。</li> <li>・勤務シフトを3交代制で組むことが難しくなり、職員アンケートを行ったところ2交代制に賛同する意見が多数だったため、個々の職員の意向に配慮しながら2交代制と3交代制を組み合わせ夜勤帯の勤務時間の見直しに取り組んだ。</li> <li>・開所時の職員体制から人件費比率が高く、今年度は特に収支の改善が課題となっているうえに公共料金が上がっていることから、管理者は節電やコピー代の節約や裏紙使用などのコスト意識の向上を職員会議などを通じて日常的に伝えている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・この項目に関する職員自己評価では、上記のとおり「a」評価とした職員の割合は47.4%であった。</li> <li>・管理者として関与できる範囲内において業務改善に努めているが、収支状況を改善し、経営の安定化を図りながら職員の働きやすい環境づくりに向け、さらなる指導力の発揮が望まれる。</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) 42.1% b) 47.4% c) 10.5% 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>・正職員と嘱託職員Aの採用は法人本部が担当し、ホームページによるPRや説明会の開催、職業斡旋企業の利用、職員による紹介制度などに取り組んでいるが、採用は苦戦している。なお、今年度からは、嘱託職員Aには処遇改善で賞与を支給している。</li> <li>・事業所を開設した2022(令和4)年4月には、法人内の異動と新規採用で職員配置し、新規採用の職員の多くは法人内の入所施設で2カ月の実習を行った。開設当初は職員を手厚く配置したことから、その後に異動や退職があっても補充を行っていない。</li> <li>・嘱託職員Bは事業所で採否を決定できることから、事業所では高齢者や障害者のパートタイム職員を採用し、正職員の負担軽減と人件費や派遣職員費用の削減を図った。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として人材の確保と定着に関する体制やしくみを整備しているが、ここ数年のうちに職制を見直してきているため、キャリアパスのしくみの変更が追いついていない状況がある。早期の改善が望まれる。</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) 47.4% b) 31.6% c) 21.1% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として「キャリアパス対応人事処遇制度」「キャリアアップ支援の職員研修体系」「業務目標管理評価制度」で構成する「キャリアパスのしくみ」を整備している。</li> <li>・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、所定の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するしくみである。</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だけでなく「期待する職員像」を法人のブランドブックにも明示し、職員に対して配布している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として人事管理のしくみを整備しているものの、管理者は働きがいのある職場づくりは十分ではなく、課題と考えている。</li> <li>・コロナ禍が続いていたこともあり、仕事の達成感、利用者の余暇活動の充実、家族との連携など、サービスの質の向上につながる取り組みが十分には行えていなかったため、改めて取り組んでいきたいとしている。今後の取り組みの強化を期待する。</li> </ul>	

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) 42.1% b) 47.4% c) 10.5% 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>・法人は勤怠管理を電子化しており、管理者はシステム上で職員の労働状況や有給休暇の取得状況を把握している。</li> <li>・職員との面談の機会は、新任職員にあってはクムパートナー制度(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、また、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、のしくみを整備している。</li> <li>・福利厚生制度はソウェルクラブ(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。そのほか、職員互助会や研修旅行がある。また、当法人職員向けに企業主導型保育所を置いている。</li> <li>・法人は全国健康保険協会岡山支部による「健活企業」や、岡山県による「おかやま☆フクシ・カイゴ職場 すまいる宣言」の団体として登録されている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、働きやすい職場づくりと職員の定着は重要な課題であるとして位置づけている。そのためにも、管理者は、福利厚生のさらなる充実が必要と認識している。</li> <li>・休日の日数や、希望に応じてはいるが有給休暇が取得しにくいという声も一部にあり、エリア長として、より働きやすい環境づくりに向けた検討が必要と考えている。職員意向の丁寧な把握と改善に向けた検討が望まれる。</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。	b
	b)職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	
	c)職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 73.7% b) 26.3% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員に配布しているブランドブックに「期待する職員像」を明示している。</li> <li>・法人として「キャリアパスのしくみ」の一つとして正職員を対象とした「業務目標管理評価制度」を整備している。職位階層ごとに「期待する職員像」(職務・役割行動の求められる姿)を明示し、職位に応じて一人ひとりの職員が上司との面接を経て業務上の重点課題と目標、能力開発の目標などを設定し(5月)、中間面接(10月)と期末面接(3月)を経てその遂行度・達成度を評価決定するしくみである。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として目標管理のしくみを整えているが、ここ数年において職制を見直してきているため、キャリアパスのしくみの変更が追いついていない状況がある。早期の改善が望まれる。</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。	a
	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) 78.9% b) 15.8% c) 5.3% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では「キャリアパスのしくみ」の一つとして「キャリアアップ支援の職員研修体系」を整備している。</li> <li>・職員研修体系では、OJT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」において取り組んでいる。これは、主に新任職員を個別に担当する先輩職員(クムパートナー)を任命し、社会人・職業人としての育成を図ろうとするものである。OFF-JTには、法人による研修(常勤職員対象の階層別研修など)、エリア単位での研修、外部の研修機関による研修がある。</li> <li>・法人では昨年度「支援のあり方ブック」(クムメソッド)を作成し、法人内の各事業所で行ってきた「自立・尊厳・ハビリテーション」の考え方、発達の道すじ、などの取り組みをまとめて、全職員に配布した。</li> <li>・当事業所を含む「おうちだ」の各事業所で共通する「おうちだ研修計画」を作成し、感染症(感染症委員会が所管)や救急法など、全職員を対象に行う研修、臨機応変に看護師によるアレルギーに関する研修などもある。また、動画視聴による研修も取り入れ、夜勤の時間帯などに視聴させている。</li> <li>・なお、ショートステイを含めて、利用者の障害特性に応じた研修テーマを設定するなど、研修計画のさらなる充実を期待する。</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。	b
	b)職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c)職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 57.9% b) 31.6% c) 10.5% 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>・法人によるクムパートナー制度によって、OJTの実施体制を整備している。事業所でも全職員にそれぞれパートナーをつけている。そのなかで、新人職員については、クムパートナーが法人が定めたOJTチェックリストに沿って個別に指導している。</li> <li>・法人の階層別研修は、対象者が明確にされている。また、非常勤職員(嘱託職員)を含む全職員を対象とした研修(理念研修)や嘱託・中途正規職員を対象とした研修も行っている。受講できない職員には、動画視聴によって必要な研修を受講できるように配慮している。</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>・当事業所では、管理者の判断や研修参加者の意向に応じて、研修報告を全員に回覧して共有する場合もある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では法人全体の研修とエリアによる研修を整備しているが、職員自己評価では「個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している」の項目に関して、肯定的な回答の割合は47.4%であった。</li> <li>・利用者の障害特性と個々の職員の知識や研修ニーズなどに関して、より丁寧な把握とそれに基づく研修の機会づくりが望まれる。</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研修・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) 73.7% b) 21.1% c) 0.0% 無回答) 5.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所単体での実習生受け入れは行っていないが「おうちだ」内の全事業所で、社会福祉士、精神保健福祉士の実習生を受け入れ、当事業所では実習プログラムの一部を担当している。</li> <li>・同じ建物内の生活介護の事業所に実習指導者がいる。この実習指導者が「おうちだ」内および養成校との諸調整を行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実習生の受け入れは、福祉事業所における将来の専門職養成という意味で重要である。「おうちだ」内の事業所の他事業所と連携しながら、実習生の受け入れの位置づけや当事業所の特徴・役割を明確にするなど、より積極的に受け入れ体制の整備を進めることが望まれる。</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) 68.4% b) 31.6% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>電子情報による情報公開については、法人の広報メディア委員会が所管し、ホームページ、SNS(インスタグラム)によって情報発信している。ホームページは2023年12月10日に抜本的に刷新し、法人概要、事業所案内、ボランティア募集、採用情報、情報公開(財務情報、第三者評価の受審結果、事業報告、自己評価など)などの項目に分類して公表している。</li> <li>印刷物については、法人の広報誌『くもすだより:ふれあい』を年3~4回発行し(約1,000部)、利用者や後援会の会員などに対して配布している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所は法人のホームページとSNS(インスタグラム)において自事業所の情報を発信する役割であるが、担当者を明確に定めていないため、計画的な情報発信は行えていない。刷新されたホームページからも、事業所の取り組みは明確には把握できない。</li> <li>法人においても事業所においても苦情・相談の体制や対応状況に関する情報公開は行っていない。</li> <li>適切な情報公開に関するさらなる取り組みの強化を期待する。</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) 63.2% b) 31.6% c) 0.0% 無回答) 5.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人では「経理規程」等を定めて、出納、財務、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決めている。また、職制規程、決裁権限一覧表で、職位ごとの権限の範囲を明示しているなど、適切な経理事務の実施に努めている。</li> <li>上記の各規定は「規程集」としてファイルに綴じ込み、事務所に置いている。職員は、必要な場合に内容を閲覧することができる。</li> <li>物品購入に関する権限は、事業所では10万円以内、それを超える場合には法人の稟議が必要で、30万円を超える場合は役員会の了承を必要とするというルールである。</li> <li>法人では、必要に応じて顧問弁護士の専門的な支援を受けている。</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 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	b
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 63.2% b) 31.6% c) 5.3% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の外出の機会は保護者による外泊が主なものである。そのほか、利用者によっては法人内他事業所による行動援護サービスを利用して外出に出かける機会が週1回程度ある。</li> <li>・利用者が通院する際には職員が同行している。</li> <li>・「おうちだ」全体の取り組みとして、地域住民が参加して行う炊き出し訓練(防災マルシェ)、敷地内での野菜などの販売(きびきびマルシェ)、地域のイベントへの参加(まちかど博物館)などに取り組んでいる。一部の利用者が店番などの役割で参加する場合もある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の外出の機会はあるものの、その頻度は少なく、家族の意向やサービス利用の支給量などもあって検討課題になっている。また、地域住民も参加するイベントに利用者が役割を担ったり、参加したりする機会はあるが、いずれも主に敷地内の取り組みにとどまっている。</li> <li>・利用者と地域との交流のあり方に関する基本的な方針の明確化と、その取り組みの強化を期待する。</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) 52.6% b) 15.8% c) 21.1% 無回答) 10.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人では「くもしいきポイント」として、法人内の事業所でボランティアに携わった活動者に対して、実績に応じて法人内事業所が製作・販売している商品と交換できる制度を行っており、当事業所を含む「おうちだ」もその受け入れ事業所の一つになっている。</li> <li>・「おうちだ」では、イベント実施の際に学生ボランティアが参加している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人によってボランティア受け入れ事業所の一つとして位置づけられてはいるものの、当事業所ではイベントのとき以外ではボランティアの受け入れ実績はない。</li> <li>・事業所としてボランティアをどう位置づけ、具体的にどのような活動に協力してもらうかは、明確ではない。ボランティアの受け入れに関する方針の検討が望まれる。</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) 57.9% b) 26.3% c) 10.5% 無回答) 5.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・関係する機関は、市役所、社会福祉協議会、地域包括支援センター、法人内の他事業所、他法人の事業所、町内会などである。</li> <li>・これらの関係機関との関りは個々の利用者支援に関する検討や職員会議の中で必要に応じて共有されている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センターなどによる「地域づくり会議」への参加が職員体制の問題から難しくなり、また「おうちだ」の開設前後に地域住民と意見交換していた「おうちだ街づくり隊」の活動が休止状態であることなど、課題が出てきている。</li> <li>・基本的には、法人内の他事業所との連携で支援が行える状況であるものの、利用者のよりよい生活のためにも、新たな関係機関との関係構築や社会資源の開発が望まれる。</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組が行われている。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。	b
	b) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 84.2% b) 10.5% c) 5.3% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の方針としてエリアを基礎単位として地域貢献活動に取り組んでいる。おうちだ立ち上げの準備段階では、設立準備を進めていた職員をメンバーとする「おうちだ街づくり隊」を立ち上げ、地域住民との意見交換の機会を設けて地域の福祉ニーズを把握に努めてきた。</li> <li>・法人のエリア長会議で各エリアの地域貢献活動の取り組み状況を共有している。岡山エリア(おうちだ)では「地域推進プロジェクト」を発足させて隔月に開催し、エリア内で取り組む地域貢献活動に関する事業所間での役割分担を定めるとともに、各活動の進捗状況の共有を行っている。</li> <li>・具体的には「おうちだ」内の全事業所が協力して取り組む「まちかど博物館」(地域住民によるイベントへの参加)、「きびきびマルシェ」(野菜などの販売)などに取り組む、それぞれの活動による地域住民との交流を通じて地域ニーズに関する情報を得ている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域貢献活動の推進は法人の主要な方針の一つであり、それに則って「おうちだ」の発足当時には「おうちだ街づくり隊」の取り組みなどによる積極的に地域の福祉ニーズの把握に努めていた。しかし、現在は「おうちだ街づくり隊」の取り組みは事実上は休止しているため、諸活動においても、必ずしも主体的に福祉ニーズ・生活課題を把握しているとは言えない。</li> <li>・地域貢献活動の充実に向けて、地域の福祉ニーズ・生活ニーズを把握する取り組みの充実が望まれる。</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。	b
	b) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	c) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 63.2% b) 36.8% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の方針として、エリアを基礎単位として地域貢献活動に取り組み、法人の「エリア長会議」で各エリアの地域貢献活動の取り組み状況について共有している。</li> <li>・岡山エリア(おうちだ)では「地域推進プロジェクト」を隔月開催し、エリア内の地域貢献活動の進捗状況を共有している。</li> <li>・具体的には「おうちだ」内の全事業所が協力して取り組む「まちかど博物館」(地域住民によるイベントへの参加・協力)、「きびきびマルシェ」(野菜などの販売)のほか、各事業所が役割分担し、当事業所では「多目的ホールの貸出し」や「地域清掃への参加」に取り組んでいる。また、放課後等デイサービスでは「おうちだクラブ」(発達障害児に関するソーシャルスキルトレーニングの勉強会)などの開催に取り組み、生活介護では「古紙回収」と「フレイル体操」に取り組んでいる。</li> <li>・上記のほか、建物内のコミュニティルーム、スヌーズンルームの貸出しを行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の方針に則って、エリアとして地域貢献活動に取り組んでいる。しかし、多目的ホールなどの貸し出しについては積極的なPRは行っていない。また、地域の自主防災組織との連携も課題となっている。</li> <li>・継続的な地域への働きかけなども含めて、積極的な活動の実施を期待する。</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(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

【28】Ⅲ-1-1(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解を持つための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。	b
	b) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 78.9% b) 21.1% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者尊重の姿勢を基本とするための取り組みとして、法人は、まず職員の入職時に理念研修を実施して「ともに育ち ともに生きる」や「自立、尊厳、ハビリテーション」について伝えている。また、毎年4月に、各エリアでは「人権倫理委員会」主催で非常勤職員も含めた全職員対象の研修会を実施し、職員間の意見交換の機会としている。参加できなかった職員に対しては研修の動画を配信し、視聴の状況を確認している。</li> <li>・「岡山エリア」として、人権倫理委員会(虐待防止・身体拘束対策検討委員会)を月1回開催している。また、事業所内各ユニットでは、人権や身体拘束について話す機会を意識している。</li> <li>・職員会議では「クムレ10の心得」を唱和している。</li> </ul> <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスの標準的な実施方法・業務マニュアル等の作成は、取り組みを開始したところであり、利用者尊重に視点を明示した内容となることを期待する。</li> </ul>	

【29】Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		評価
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
	b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。	
	c) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 73.7% b) 15.8% c) 10.5% 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>・法人として「個人情報保護規程」を定め、法人ホームページに掲載しているほか、当事業所の重要事項説明書やご利用案内(利用契約時に配布)を用いて説明している。</li> <li>・保護者との情報共有のためのインターネットのアプリケーションを導入したため、利用者等の写真や動画についての個人情報保護についても徹底を期している。S</li> <li>・プライバシー保護への配慮から、見学者を案内するときは居室のドアを閉める。利用者の氏名が記載されたものは、フロアには掲示しないという取り決めがある。</li> </ul> <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・プライバシーに焦点を当てた「規程」はなく、個人情報保護と守秘義務に関する規程にとどまる。職員の支援上の課題の明確化および利用者・家族のプライバシー保護を確実にするための取り組みを行うように期待する。</li> <li>・業務マニュアルの作成時においても、プライバシー保護の視点からの留意点等の記載を行うことも期待する。</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) 84.2% b) 15.8% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の情報は、法人のホームページ、年度版の冊子『くもレポ』、広報誌『くもレだより ふれあい』、SNSなどで発信している。なお、情報発信の中心はSNSで、管理者が担当している。</li> <li>・事業所単独のリーフレットがあり、支援の方針、定員や日課、利用料等を記載している。また事業所内設備を写真で紹介している。相談支援事業所や見学者に配布している。</li> <li>・見学の際は利用者本人に来てもらい、リーフレットを使って、管理者またはサービス管理責任者が説明している。現在は満室のため募集はしていない。待機登録は法人内事業所を利用し、短期入所の利用を前提としている。新規開設時も同様としている。</li> <li>・短期入所についての情報提供も同様であり、法人内事業所の利用を前提としている。実際の利用者は法人外の利用者もいるが、家族間の口コミで広がっている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・リーフレットでは設備について写真で紹介しているが、暮らしの様子について示されたものがなく、利用者本人にはわかりづらい内容である。短期入所の利用やSNSの情報で、グループホームの生活を理解してもらえるようにしているが、リーフレットについても利用者本人がわかりやすい情報となるように工夫することを期待する。</li> <li>・当事業所は、現在は満室のため募集をしていないが、グループホームの生活を知り、新たな生活を検討していく人たちに向けて、アクセスしやすく、わかりやすい情報提供のあり方について検討を期待する。</li> </ul>	

【31】Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。		評価
判断基準	a) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に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) 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に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) 73.7% b) 26.3% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所開設時には、法人内の入所支援施設の利用者や、その短期入所の利用者が当事業所への入所となった。家族会で事業所の内容を伝えてきたが、入所者には契約説明会を行い、重要事項の説明を行っている。</li> <li>・当事業所では、毎年契約の更新を行っている。例年3月に契約説明会を行い、重要事項の確認を行っている。利用者負担の変更、支援内容の変更などについて説明している。2023年度は、これまで職員が行っていた洗濯について、利用者ができる部分は自分で取り組んでもらう支援に変更しているが、そのような具体的な支援内容を説明し、利用者・家族の同意を得ている。</li> <li>・短期入所の利用者については、個別面談を実施し、重要事項の説明を短期入所担当者が行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・契約説明会は、話の内容が難しいこと、時間がかかることを理由に、利用者本人は出席していない。しかし、契約者は利用者本人であることから、その難しい内容を少しでも理解できるように、利用者に応じた説明を工夫することが求められる。</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あたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮している。	C
	b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 47.4% b) 26.3% c) 5.3% 無回答) 21.1% であった。</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所は、2023年度で開設2年目であり、サービスの利用終了とその後の利用者支援の継続性についての方針や取り組みについては、まだ検討されていない。</li> <li>・生活や心身の状況の変化から、思いもよらずサービス利用終了になる場合もある。支援終了時の支援の方針や対応方法はあらかじめ検討しておく必要がある。検討を期待する。</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) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 52.6% b) 36.8% c) 5.3% 無回答) 5.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者・保護者の満足度を把握するための方法として、法人独自の取り組みとしてアンケート調査を毎年1回実施している。法人のホームページに掲載、公開している。結果は職員会議で検討し、改善に活用している。保護者への報告は、家族会を活用している。</li> <li>・年6回、家族が主催する家族会には、管理者はじめ、リーダー層の職員は必ず参加し、他の職員も必要に応じて参加し、保護者の意向などを把握し、意見交換を生かし、改善に活用している。</li> <li>・今回の第三者評価の利用者（保護者）アンケート調査の結果は、全14項目の質問項目について全般に肯定率が高く、事業所に対する総合的な満足度についても同様の傾向である。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第三者評価のアンケート調査に寄せられた意見や要望などを取り上げ、サービスの提供に活かしていく取り組みや、利用者への結果の報告や公開などの方法についても検討することを期待する。</li> </ul>	

Ⅲ－１－（４）利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

【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) 73.7% b) 21.1% c) 5.3% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情等の受付や解決のしくみについては、受付担当者、責任者、行政等の相談窓口、第三者委員について「重要事項説明書」で説明し、第三者委員の連絡先を明示したポスターを玄関に掲示している。今回の第三者評価で実施した利用者（保護者）アンケート調査の結果でも「苦情受付窓口の周知」に関する肯定率は高い。</li> <li>・また、外来者も通過する玄関には「意見箱」を設置している。ただし、この「意見箱」が利用されることは少ない。</li> <li>・受け付けた苦情には「苦情解決マニュアル」に沿って対応している。受付記録である「意見・苦情・要望シート」を活用し、結果報告書を作成して保管するとともに、エリア長会議にも苦情を報告し、共有している。</li> <li>・保護者からの苦情は、介護記録システム「ケアコラボ」を使って訴えられることもある。苦情の内容はユニット内で検討して職員間で共有し、改善に活用している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第三者委員の位置づけやその活用について、当事業所は未検討の状況であるが、苦情受付・改善の制度のみの活用にとどまらない視点から、検討を行うことを期待する。今回の第三者評価では「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」の質問に対する「はい」の肯定的な回答率は5割未満であった。取り組みを期待する。</li> <li>・苦情解決の結果の公表はしていない。社会福祉法人の事業の運営には、より高い透明性が求められ、その一環としての苦情などの公表が義務づけられている。法人の方針として「事業報告書」や「広報誌」等に苦情解決結果の公表を行うことについて、今後の検討を期待する。</li> <li>・本評価細目では、苦情解決状況の公表を行っていない場合は「c」と評価するとしている。</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、そのことを利用者に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、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) 52.6% b) 31.6% c) 0.0% 無回答) 15.8% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者や家族が職員に相談したり、事業所に対して意見を述べるときの窓口については「重要事項説明書」に掲載し、利用開始時に説明を行っている。</li> <li>・ホームページに「メールで相談できること」を明示している。また、介護記録システム「ケアコラボ」を活用したり、家族が意見を言いやすい機会として「家族会」を位置づけ、活用している。</li> <li>・なお、介護記録システム「ケアコラボ」の導入によって、相談や意見を把握するためのツールの幅が広がった。現在では、会話、書面、電子媒体など、保護者が使いやすいツールを選択して相談したり、意見が述べられるようになっている。</li> <li>・保護者等からの相談に対して、面会によって対応する場合は、プライバシー保護に配慮し、外部からの視線を遮断できるように「面談室」や個室で行っている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では「利用者が相談や意見を言いやすくなるための取り組み、工夫が必要である」という意見があった。今後に向けた検討を期待する。</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。	b
	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。	
	c) 利用者からの相談や意見の把握をしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 52.6% b) 31.6% c) 5.3% 無回答) 10.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者からの相談への対応には、職員の担当制を導入している。保護者からの相談や意見は、電話や介護記録システム「ケアコラボ」、個別面談など、さまざまなルートで受けられるようにしている。職員は、保護者から気軽に声をかけてもらえるような雰囲気づくりにも努めている。</li> <li>・相談を受けた際には、職員はユニットリーダーに報告し、内容によってはサービス管理責任者や管理者に報告し、対応内容などについて検討した上で、保護者に伝えている。なお、受け付けた相談等の内容については記録を行う。受け付けた相談の内容や対応した内容については、必要に応じて申し送りを行い、職員会議の場で報告し、共有している。</li> <li>・受け付けた内容を検討した上で、職員が即座に回答することが難しい場合には、保護者に対してその理由を説明し、期日を決めて回答するようにしている。</li> </ul> <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談対応ためのマニュアルの整備はしていない。当事業所では、マニュアルの整備は今後の課題としている。さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

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) 68.4% b) 31.6% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・岡山エリアとして「リスクマネジメント委員会」を設置し、毎月開催している。各事業所内で発生した事故の要因分析や再発防止策を検討し、各事業所に報告して事業所ごとの職員会議で活用している。また、毎月スローガンを作成し、掲示板で全職員に発信している。</li> <li>・各ユニットでは、事故、ヒヤリハットがあった場合には、その日のうちに勤務職員が再発防止策を検討し、介護記録システム「ケアコロボ」で発信して共有している。事故やヒヤリハットなどについては「事故発生処理報告書」「ヒヤリはっつ発生処理報告書」に記載している。また、事故が起こるかもしれない状況については「気づきカード」に記載して「ケアコロボ」で共有している。事故については、発生から概ね1カ月後に再発についての確認を行うプロセスである。</li> <li>・交通事故に関しては「交通安全委員会」を毎月開催し、送迎時の安全や交通マナーの統一と啓発に取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では、対策は検討しているが、再発が多いことが現状である。</li> <li>・当事業所の特性を意識して実施する「事故に関する研修会」などの取り組みは見られない。当事業所の利用者特性から生ずるとされる事故事例等を収集し、参考にするなどの具体策が求められる。</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。	a
	b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。	
	c) 感染症の予防策が講じられていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 100.0% b) 0.0% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として感染症BCPを策定し、責任と役割を明確にした管理体制がとられている。また、法人の「看護師会」主催で感染症に関する研修を全職員対象に実施している。また、岡山エリアとして、看護師が担当する「感染症委員会」を毎月開催し、年1回の救急法の研修や年2回の災害時の訓練研修、事業所としては、アレルギー研修に取り組んでいる。</li> <li>・入居事業所や通所事業所を対象とした「感染症対応法マニュアル」を作成している。また、マニュアル『福祉施設における看護業務』を作成し、日常の健康管理、服薬、医療的ケア、関係機関との連携などを記載している。</li> <li>・「感染症対策セット」を医務室に常備し、感染症発生時には防護服で対応するなど、感染の拡大防止策を講じている。</li> <li>・「感染症BCP」を作成し、利用者ごとの既往歴、現病歴、主な服薬、アレルギー、医療機関を記載するとともに、災害発生時のBCPとしても活用している。</li> <li>・当事業所には看護師が常勤しているため、職員にとっては、感染症対策についても直接の指導・助言を受けやすい職場環境である。</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) 57.9% b) 42.1% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害発生時のための対策については、岡山エリアの「防災(BCP)委員会」が地域と防災・避難訓練の実施に関して確認し合い、地域から適切なアドバイスをもらうとともに、必要書類(BCPやマニュアル)の作成や状況の確認などを行っている。</li> <li>・災害発生時の対応体制としては、複数のICTを活用し、職員や保護者に対する連絡を迅速に行って避難指示が出せるようにしている。なお、毎月あらゆる災害の発生を想定した避難訓練を実施している。</li> <li>・非常災害時用の食料や飲料水を備蓄し、各ユニットの倉庫や「おうちだ」の建物には災害避難所(福祉避難所)として活用する地域交流スペースがあり、食料やAEDなどの災害時に必要な備蓄品が保管されている。消防車が来ることもある。</li> <li>・当事業所では、9月1日の「防災の日」には、敷地内で職員や利用者のほか地域の人々も参加する「防災マルシェ」を開催している。防災訓練や炊き出しなどに取り組んでいる。</li> <li>・非常時には持ち出せるように、医療面の情報や服薬などについて利用者ごとに準備し、ファイリングしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員自己評価では、建物の2階ユニットに車椅子の利用者が生活しているので「エレベータが使用できなくなった場合の避難について危険性があり、不安を感じる」という意見がある。また、職員自己評価の「消防署、地域の人たち、福祉関係団体と連携するなど体制を整備し、訓練を実施している」という着眼点項目の肯定率が低い。「防災マルシェ」の取り組みを充実させる意向があるので、今後の計画的な取り組みと充実を期待する。</li> </ul>	

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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

【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) 68.4% b) 15.8% c) 5.3% 無回答) 10.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所で作成されているマニュアルとしては、感染症対応マニュアル、虐待防止マニュアル、苦情対応マニュアルなどのリスクマネジメントに関するものや、身体拘束ガイドラインであり、制度上、作成が必要とされているものである。</li> <li>・支援に関する「業務マニュアル」は、現状では職員勤務に関する業務のタイムスケジュールにとどまる。標準化が必要な項目については、法人内の他事業所で作成している「業務標準マニュアル」を参考に作成に取り組んだところである。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所は開設して2年目を迎えたところであり、職員間の意見交換を大切にこれまでの試行錯誤の取り組みを、標準化・文書化する時期に来ていると言える。</li> <li>・事業所では取り組みを開始しているので、職員の参加を重視したプロセスによって、必要なマニュアルを策定することを期待する。手順書やタイムスケジュールにとどまらない内容とすること、例えば、利用者の権利擁護やプライバシー保護に配慮して支援を行うための留意点などの記載についても検討することを期待する。</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。	C
	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) 68.4% b) 15.8% c) 15.8% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況／改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常的な支援内容に関して、当事業所ではユニットごとに介護記録システム「ケアコラボ」などを活用した意見交換の機会があり、そのなかで常に改善に取り組んでいる。</li> <li>・一方、職員の定着は乏しいという現状などもあり、当事業所に特化した業務の標準化・文書化を活用した人材育成の取り組みは、喫緊の課題である。計画的な取り組みの実施を期待する。</li> <li>・職員の経験知を活用し、制度の変更や利用者の状態の変化などを考慮した標準化の取り組みについても、見直し基準を定めておく必要がある。今後の取り組みに期待する。</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。	a
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しているか、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) 84.2% b) 15.8% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所では、法人内の障害者福祉サービス事業所で統一されたアセスメントシートを活用している。アセスメントでは、身体機能、ADL、健康、コミュニケーションなどの全体的な状況を確認している。利用者・家族、関係機関から聞き取りを行い、情報を整理している。</li> <li>・ただし、現状のアセスメントシートは障害区分の認定項目を基本としたものであるため、利用者の興味・関心やストレングスを見出すことは難しい。そのため、法人内のサービス管理責任者が集まり、ストレングスに着目したアセスメントができるように検討中である。</li> <li>・家族からの要望書のほか、利用者との日頃のかかわりのなかで意向を確認し、アセスメントから利用者のニーズを整理して、個別支援計画を作成している。各職員が利用者1～2名を担当し、アセスメントから個別支援計画原案の策定、そして個別支援マニュアルの作成までを行っている。アセスメントや個別支援計画の作成には、看護師、法人の栄養士、言語聴覚士、理学療法士などの専門職の意見を反映させている。</li> <li>・個別支援計画と個別支援マニュアルは、職員会議で検討し、職員全体で共有している。</li> <li>・短期入所では、見学時に短期入所の担当者が、利用者の移動・食事・排泄・入浴・着脱・コミュニケーション、てんかんや感染症について確認し、利用に関する意向を把握して、個別支援計画を作成している。</li> </ul>	

【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。	a
	b) 個別支援計画について、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) 個別支援計画について、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) 84.2% b) 15.8% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画は、6か月ごとにモニタリングし、見直している。</li> <li>・日々の支援の状況は、介護記録システム「ケアコラボ」で記録し、家族と共有している。個別支援計画に基づく支援が記録され、家族も進捗状況がわかりやすい。半年ごとのモニタリングの時期には、家族はそれらの情報に基づいて、個別支援計画を評価し、要望書を提出している。</li> <li>・担当職員とユニットリーダーが個別支援計画の評価を行い、その結果に基づいて、サービス管理責任者がモニタリング書類を作成している。モニタリングの際には、アセスメントの見直しも行き、変化があれば更新している。当事業所では、日頃の情報共有を基盤にして、モニタリングが行われている。</li> <li>・なお、個別支援計画の作成と見直しについての手順書は整備されていない。計画の策定と見直しが適切に行えるように、手順書の作成に取り組むことを期待する。</li> </ul>	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

【44】Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	a
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が記録されているか、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) 89.5% b) 10.5% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日々の支援や利用者の状況は、介護記録システム「ケアコラボ」によって記録している。非常勤職員も含めて、その日の利用者への支援にかかわった職員が記録している。記録の内容としては、個別支援計画の実施状況、気になったこと、起こった出来事などを書くことを職員間で確認し合っている。</li> <li>・朝礼・夕礼で、職員は利用者の状況について共有している。参加していない職員は「ケアコラボ」や申し送りノートの記録で確認している。ユニット会議や職員会議でも、利用者状況についての確認を行っている。</li> <li>・短期入所の利用者についても、同様に「ケアコラボ」によって記録している。</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) 84.2% b) 15.8% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に関する記録は、法人の「個人情報保護管理規程」に基づき、保管・保存・管理とともに、情報の提供が行われている。法人のガバナンス委員会が記録を取りまとめ、適切に管理できるように努めている。「個人情報保護管理規程」は毎年見直しを行い、入職時の研修で職員に対して説明している。</li> <li>・利用者・家族に対しては、契約時に個人情報の取り扱いについて説明している。「情報提供・開示に関する同意書」「写真の取り扱いについて」などの文書を用いて同意を得ている。</li> <li>・これまで、当事業所では個人情報についての苦情や事故などはなく、適切に運営されていると言える。</li> </ul>	

## ●内容評価基準

### 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。	b
	b) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 63.2% b) 36.8% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として大切にしている支援観である「自立、尊厳、ハビリテーション」を毎年、全職員対象の人権研修や、新任職員研修で確認している。</li> <li>・言葉で自分の意思を表明することが難しい利用者が多く、自己決定の場面は少ない。</li> <li>・食事など、意思表示がしやすい場面では利用者に応じて選択肢を工夫し、選択の場面を作るようにしている。</li> <li>・その日に着るもの、ヘアスタイル、外出先等、家族や職員が対応していることが多い。</li> <li>・言葉で意思表示することができる人とは、グループホームの生活上のルール等を話し合うこともある。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として「自立・尊厳・ハビリテーション」を掲げているが、開設して間もなく、一人ひとりの利用者の状況が不安定なため、安全に過ごすことが優先されてきた。</li> <li>・今後は、言語での意思表示が難しい利用者も含めている。生活のさまざまな場面に選択の機会が提供され、自己決定を尊重した支援が行われるよう取り組みを期待する。</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) 78.9% b) 0.0% c) 21.1% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の人権研修が全職員対象に年1回行われている。今年度は、不適切ケアの振り返りと、職員の労働環境についてグループ討議を行っている。</li> <li>・また、エリアの人権倫理委員会で、身体拘束について「なくす、減らす」を目的に、月1回会議を行っている。利用者の安全確保のためやむを得ず行っている身体拘束について、毎月の職員会議で継続の必要性を確認している。</li> <li>・不適切な支援については、発見したらリーダーが指摘したり、良い支援を見せ、改善に向けるよう取り組んでいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体拘束については入居時の包括的合意のみであり、具体的な取組を利用者・家族に説明し個別支援計画に記載して合意を得る手続きは不十分である。</li> <li>・また、開設して間がなく「職員同士が忌憚なく互いの支援について指摘し合えるような雰囲気はない」と管理者層は述べている。</li> <li>・利用者の安全を確保するために、言葉や鍵、空間、薬などで行動抑制を行う場面もあり得るが、身体拘束を「なくす・減らす」を目標に、試行錯誤を繰り返す必要がある。そのためには、互いの支援を振り返り、意見を述べ合える職員間の関係づくりは重要である。取組みを期待する。</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) 78.9% b) 21.1% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の支援観である「自立、尊厳、ハビリテーション」を毎年、全職員対象の人権研修で確認している。</li> <li>・事業所では、「自立」を「できることを増やす」「自分で決めることができる」と捉えている。</li> <li>・洗濯、掃除等の家事を経験していない人も多く、作業工程を細分化して、「洗濯物を洗濯機に持っていく」等できる部分に取り組んでもらうようにしている。声をかけ過ぎず見守りの姿勢で取り組むよう心がけている。個別支援計画や個別支援マニュアルに記載し、取り組み状況を記録し家族、職員間と共有している。</li> <li>・入浴、排泄、食事など生活の場面では「行きますか」などの意思の確認を行うように努めている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・開設間がなく、地域、社会生活の広がり是不十分である。グループホームのなかだけでなく、地域・社会生活でたくさんの選択の機会を得て、自律・自立生活の実現に向けた取り組みを期待する。</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) 68.4% b) 31.6% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントシートには、「日常の意思決定、対人関係、意思表示、説明の理解、読み書き、感覚の過敏・鈍麻」のコミュニケーションに関する項目があり、利用者の状況を確認し、それに応じた支援方法を検討している。</li> <li>・具体的には、言語、文字、スケジュール表、ジェスチャー、絵カード、実物等を利用者に応じて活用している。</li> <li>・日中活動支援事業所で行っているコミュニケーション手段も活用している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・どのようなコミュニケーション手段が有効か見いだせない人もおり、職員自己評価の肯定率は高いとは言えない。他で行われている方法を取り入れたり、専門職の活用も行き、さらに、一人ひとりに応じたコミュニケーション手段の確保に努めることを期待する。</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) 57.9% b) 26.3% c) 10.5% 無回答) 5.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族からの相談は、介護記録システム「ケアコラボ」を通じて、個別面談、面会、家族会などの機会がある。相談には担当職員、サービス管理責任者、管理者が応じている。</li> <li>・利用者は言語表出が難しい利用者が多く、相談の場面はほとんどないが、利用者が困っている様子があれば、その原因と思われるものを明確にし、改善できるように職員間で検討している。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所では「利用者からの相談を聞き出すことは難しい」と捉えており、相談の対応のあり方について想定していない。「支援の中で自己決定できる機会を取り入れている」と述べている職員もいるが、言語表出が難しい利用者の相談をどうとらえ、その把握と自己決定についてどう取り組むのか、事業所としての取り組みを期待する。</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。	b
	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) 57.9% b) 42.1% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・平日の日中は、全員が敷地内の生活介護や法人内他事業所に通所している。通所のための身支度や持ち物の準備、送迎車への送り出し等、日中活動支援事業所と連携して行っている。</li> <li>・グループホームとして、土日に散歩、野菜の収穫、創作活動等の余暇活動を行っている。</li> <li>・買い物やプール、映画等の個別の外出ができるよう、利用者に応じて行動援護事業の利用調整を行っている。</li> <li>・短期入所の利用者は、送迎があれば日頃通っている日中活動の事業所の利用が可能である。また、敷地内にあるスノーズレンや持参したタブレットで好きな動画や音楽を楽しんで過ごしている。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・開設以来、コロナ禍や職員数によりグループホームとして外出することが難しかった。そのため文化的な活動やスポーツ等の機会は不十分である。</li> <li>・利用者調査からも、体を動かす活動や社会参加の機会、ワクワクするような活動の要望が寄せられている。</li> <li>・地域に行動援護の事業所が少なく利用調整が難しい状況もある。</li> <li>・利用者一人ひとりの個別支援計画に基づき、土日も含めて、利用者の趣味趣向に応じた日中活動が実現できるよう、さらなる取り組みを期待する。</li> </ul>	

【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。	a
	b) 利用者の障害の状況に応じた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) 63.2% b) 36.8% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者のほとんどが強度行動障害のある人であり、職員は全員が強度行動障害支援者養成研修を受講している。</li> <li>・障害特性を理解しても、利用者一人ひとりの状況は違うため、ユニット会議や職員会議で支援方法を検討している。また、日中活動支援事業所とも意見交換しながら取り組んでいる。全員が法人内事業所に通所しており、ケアコラボで利用者状況が確認できる。必要に応じて個別支援マニュアルを作成し、支援方法を統一して支援している。</li> <li>・行動の区切りをつけるためにタイマーを活用したり、トラブルの起きやすい人と接触しないよう動線を分離したり、一人ひとりへの個別の配慮を行っている。</li> <li>・共有スペースにはカメラをつけて死角をなくし、危険やトラブルを回避するよう努めている。</li> <li>・医療的ケアがある利用者に対しては、看護師を中心として対応している。</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。	a
	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) 84.2% b) 15.8% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食事は、朝は職員が調理し、夜は委託業者を利用している。事業所の給食担当職員が、主菜の写真のある献立表を作成してリビングに掲示し、利用者にわかりやすく伝えている。職員は週2回、朝食材料の買い物をしている。</li> <li>・献立は利用者の希望を聞き、また食事の際の利用者の様子から、給食会議で報告し、利用者の意見を反映させるようにしている。</li> <li>・他事業部署に言語聴覚士が配置されているので、当事業所でも全員の嚥下機能を定期的に確認してもらっている。嚥下機能に応じて、食形態食器等工夫をしている。</li> <li>・ユニットごとのリビングで食事するが、利用者に応じて、居室内での食事や食事時間の都合など配慮して対応している。</li> <li>・入浴については介助を要する利用者がほとんどであるが、心身のリラックスや清潔の保持の観点から、毎日実施している。個別支援マニュアルに基づき、自分自身で洗える部分は利用者本人にやってもらい、最低限の介助で行うようにしている。十分な介助ができるように、職員のシフトを調整している。</li> <li>・排泄や着脱、歯磨きや髭剃りなど、個別支援マニュアルに基づき支援を行っている。</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。	a
	b) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されているが、十分ではない。	
	c) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 78.9% b) 21.1% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居室は利用者に応じて、安全・安心に過ごせるように工夫している。転倒しやすい利用者にはタンスの角に緩衝材をつけたり、カーテンの動きや外部の刺激を減らすために窓ガラスに目隠しをするなど、状況に応じた配慮をしている。</li> <li>・居室内のベッドや布団、マット、テーブル、タンス、冷蔵庫等、利用者に応じて必要なものを選択して持ち込んでもらうようにしている。居室内の家具にはストッパーをつけるなど、家族の協力を得て、安全面の配慮をしている。</li> <li>・共有スペースは、利用者がくつろげるようにソファ、マットや大型テレビを置いている。靴を脱いでくつろげるスペースが少ないため、リビングにマットのスペースを設置した。マットは衛生を保つため、撥水性のものにし、いつでも洗えるようにしている。テレビのチャンネルは、利用者になじみのあるものだけでなく、幅広いものに触れられるよう、工夫している。また、利用者同士のトラブルや安全を避けるため、個別の動線を確保する工夫やクールダウンスペースの工夫をしている。</li> <li>・居室、共有スペースの清掃、換気は毎日職員が行い、清潔が保たれるように努めている。</li> <li>・なお、管理者層は、障害の状況を踏まえた工夫についてまだ改善の余地があるとしており、さらなる取り組みを期待する。</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。	b
	b) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 47.4% b) 47.4% c) 0.0% 無回答) 5.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別の機能訓練や生活訓練は日中活動事業所での取り組みと捉えている。当事業所では日常生活が自立的に行える支援に努めている。</li> <li>・転倒の心配があるため、車椅子に座りっぱなしの利用者については、日中通う事業所からの助言を得てトイレまでの歩行に取り組んだり、トイレへの移乗動作を安全に介助できるように見直し行った事例がある。なお、訪問リハビリテーションを利用し、歩行訓練を行っている利用者もいる。</li> <li>・状況に応じて外部の専門職の助言を得て、生活の場面のなかで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>・専門職の助言を得て、機能訓練的な要素を取り入れた生活場面での取り組み例はまだ少ない。</li> <li>・専門職の視点で利用者一人ひとりの生活場面をアセスメントしてもらい、必要な訓練的要素を日常生活のなかで意識的に取り組めるよう、積極的な支援を行うことを期待する。</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) 94.7% b) 5.3% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日、体温、血圧、全身症状のチェックを生活支援員と世話人で行い、看護師が引き継いで状況を常に把握している。言葉による訴えが難しい利用者がほとんどのため、バイタルチェックは業務手順に記載し確実に行うよう努めている。また、室温や湿度の管理に配慮している。</li> <li>・定期通院は家族の協力を得ているが、通院資料を担当職員が作成・看護師が確認し通院時に持参してもらっている。必要に応じて職員が同行している。また、受診が困難だが、定期的な通院が難しい場合は、訪問診療の利用調整を行い、受診時の支援も行っている。</li> <li>・健康診断は、日中活動支援事業所や家族と連絡調整をし年1回受診し、病気の早期発見対応に努めている。診断結果により精密検査や受診の調整を行っている。</li> <li>・訪問リハビリテーション3名、訪問看護3名の利用者があり、看護師が中心になり、連携している。</li> <li>・感染症研修、アレルギー、AED、救急法、吐物処理の研修、また薬剤師による薬についての研修を実施し、職員全体の医療に対する知識とスキルの向上に努めている。</li> <li>・緊急時は、緊急対応マニュアルに基づいて対応する。</li> <li>・災害時の対応として、BCPに一人ひとりの医療情報を掲載し、予備薬としては朝その日の薬を配薬する。緊急時は、それを持っていくことにしている。</li> <li>・コロナ禍のなかで事業所を開所し、看護師を中心に感染防止対策に努めた。</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。	a
	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) 68.4% b) 31.6% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬管理が必要な利用者が18名、ストーマの管理、浣腸、胃瘻の注入などの医療的ケアが必要な利用者が3名いるので、看護師が医療に関する個別の手順書を作成し、対応している。</li> <li>・薬は、看護師が毎日ユニットごとに利用者一人ひとりの薬ファイルをセットし、生活支援員・世話人が服薬管理マニュアルに基づき与薬を行う。複数の目で薬の内容と「服薬したかどうか」の確認を行い、服薬チェック表に記載し、誤薬の防止に努めている。</li> <li>・服薬手順書、点眼手順書、誤薬時対応手順書、薬局との連携手順書等、医療に関する業務手順書を揃えている。</li> <li>・頓服薬がある利用者も多く、頓服の服用の判断は、その場にいる職員が慎重に行っている。その場に看護師がいる場合は、必ず看護師から助言を得ている。頓服服用の際は、必ず服薬チェック表に記載する。なお、介護記録システム「ケアコラボ」で家族との情報共有も行っている。</li> <li>・医療的ケアの必要な利用者の短期入所は、看護師在勤の時間内に注入等の医療的ケアが実施できる利用者について受け入れている。服薬の支援はグループホームの利用者と同様に行っている。</li> <li>・なお、服薬忘れや誤薬についてのヒヤリハット・事故は発生しているので、さらなる改善の取り組みを期待する。また、夜間も含めて医療的ケアがある利用者の短期入所の利用については、現在は体制上からも対応は難しいが、地域にはニーズがあるので、今後の取り組みに期待する。</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) 57.9% b) 31.6% c) 10.5% 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>・買い物、プール、映画など、利用者の興味・関心に応じて、月1回程度、行動援護事業を利用して外出ができるように調整している。</li> <li>・グループホームの取組みとして、買い物やドライブ、野菜の収穫等地域に出かけている。</li> <li>・地域の祭りやイベント「まちかど博物館」に参加したり、敷地内の野菜の販売「きびきびマルシェ」に販売員として参加する利用者もいる。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員体制の難しさや行動援護事業所の少なさから、利用者一人ひとりの興味関心に応じた社会参加や学習の機会をつくるのが難しい。</li> <li>・成人しても、障害があっても、学ぶことの楽しさはある。利用者一人ひとりの興味・関心を捉え、学びや楽しみの場が得られるよう支援することが求められる。</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。	C
	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) 47.4% b) 15.8% c) 26.3% 無回答) 10.5% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の開設により、入所施設からの移行、親元からの自立が実現した利用者ばかりであり、グループホームを拠点とした地域生活の取り組みを開始したところである。</li> <li>・また、コロナ禍により、感染防止対策ということもあって自由な外出も制限されていた。</li> </ul> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・グループホームは、利用者にとって家である。その家を中心とした地域住民としての生活のあり方をイメージした具体的な取り組みが必要である。</li> <li>・現状は隣接したコンビニに行くことも難しい状況であるが、行動援護等のサービスの活用や地域住民の協力を得ながら、障害のない人と同じように買い物や理美容、余暇活動ができるように、地域生活の継続・充実をめざした取り組みを期待する。</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。	a
	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) 78.9% b) 15.8% c) 0.0% 無回答) 5.3% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者支援の状況について、家族に対しては介護記録システム「ケアコラボ」で日々の情報提供を行っている。また、家族からも意見や要望があり、随時の意見交換を行いながら、支援を実施している。</li> <li>・コロナ禍により、自由な帰省や面会が難しい時期もあったが、介護記録システム「ケアコラボ」で写真や動画での情報共有ができ、家族の安心感を得ることができた。</li> <li>・家族からの相談には「ケアコラボ」や電話、面会時などで随時対応している。今回の利用者調査の結果では、家族支援に関する質問項目の肯定率は高かった。</li> <li>・また、家族が主催する家族会が2カ月ごとにあり、管理者やサービス管理責任者が参加している。家族会はほぼ9割の家族が参加し、意見交換や交流を図っている。介護保険、在宅医療、アドバンスケアプラン、親亡き後などの家族のニーズに応じたテーマで勉強会も開催している。</li> <li>・短期入所の利用者の場合にも、介護記録システム「ケアコラボ」によって家族と情報共有している。</li> </ul>	