

福祉サービス第三者評価結果の公表

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：やさい畑クムレ	種別：就労継続支援B型	
代表者氏名：大西 志功	定員(利用人数)：	20名
所在地：岡山県総社市岡谷 175 番地		
TEL：0866-95-2266	ホームページ： www.cumre.or.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成 25 年 11 月		
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人 クムレ		
職員数	常勤職員： 4 名	非常勤職員： 0 名
専門職員	(専門職の名称) 名	
	介護福祉士 1 名	
	認定心理士 1 名	
施設・設備	(居室数)	(設備等)
の概要	事務所 1 力所	作業場：畑・耕作地 4 力所

③理念・基本方針

理念：ともに育ち ともに生きる

基本方針：「利用者満足の追求」「集うひとの幸せの追求」「強くしなやかな組織づくり」「地域社会への貢献」

④施設・事業所の特徴的な取組

・法人は、主に子育てと障害児・者分野の事業を実施しており、支援内容の特徴を踏まえ、子育て支援事業グループ、発達支援事業グループ、自立支援事業グループがある。当事業は自立支援事業グループに所属している。毎年グループ毎に重点目標を検討し事業計画化し取り組んでいる。

・当事業所では主に野菜づくりの活動をしているが、6次産業化に取り組む方針があり、(今年度は安納芋チップスの作成を行った)、地域との連携を意識している。

・手間がかからず、野菜を収穫できる自然農法の着手。成功すれば、既存の農法と比べ時間に余裕ができる為、野菜作りの就労支援により時間を割くことができると考え取り組みを開始している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 6 月 23 日（契約）～ 平成 28 年 12 月 31 日（評価結果確定）
受審回数（前回の受審時期）	初回（平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

1、管理者は職員一人ひとりの特性に応じたコミュニケーションに腐心し、職場内の活性化と業務の効率化に尽力している

管理者は 27 年度から当事業所に配属、28 年 4 月に管理者に就任し、利用者の安全管理と職員の育成に強い問題意識を持って取り組んでいる。

さらに、今年 8 月に採用された職員を含めてスタッフが 4 名の小規模事業所であることから、職員一人ひとりの特性や人柄を把握して積極的なコミュニケーションを心がけ、職場内の活性化に努めている。このことは訪問調査の際の管理者と部下職員との様子や、管理者に対する職員自己評価の自由意見からも窺える。職場では、毎日の終礼時に職員からの報告をもとに、全員で一日を振り返り、利用者が自力でできることの可能性を積むような過度の支援とならないよう職員の指導に努めている。また、利用者支援に関してはサービス管理責任者の経験と知識を信頼して専門的な関わりを担わせ、自らは管理業務と農作業の効率化に尽力している。

◇改善を求められる点

1、法人の方針、利用者の状況等を踏まえ、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に期待

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、事業計画で記述されている「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。法人の方針、利用者の状況等を踏まえ、現状分析と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に期待する。

2、「アセスメント」の理解と取り組み、そして個別支援計画への反映、モニタリングなど一連の取組みの明確化が必要である

支援は個別支援計画に沿っての実施が基本である。計画作成の前提には、ニーズの明確化、すなわちアセスメントが必要である。当事業所では、サービス管理責任者を中心に担当職員が計画を作成しているが、このときに年度末に家族が記載する

「今後の援助に関する要望書」を基に面談をし、この結果を踏まえ計画は作成される。要望書は家族から得た利用者本人の情報であり、これをアセスメントシートとして位置づけるのには無理がある。アセスメントの理解や必要性の確認が求められ、情報収集の手段についても検討が必要である。現状は、4人の職員であり、利用者状況や変化に関する情報の共有はしやすく、支援についての適切性を期している。しかし、さらに把握した情報からニーズを明確にすること、そして個別支援計画を作成することが求められ、カンファレンスの場を持ち、職員の意見交換の機会をつくり、多角的な視点を取入れることが必要である。また計画の適切性と実施による利用者の変化を判断するためにモニタリングがあるが、日々の記録からはそれが読みとれない。エビデンスに基づいた計画作りにはアセスメントが、計画の適切性についてはモニタリングが重要なカギとなる。新人職員が多い中、アセスメントから始まる一連の計画作成は、サービス管理責任者の責務として、確実な方法で指導力を発揮するよう期待する。

法人全体・自立支援事業グループの課題として取り組む事についても検討を期待する。

3、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

当事業所においては重要事項説明書の「苦情申し立て先」の項目に窓口対応者と苦情解決責任者を明記している。その他、公的な機関である市役所の障害福祉課、県社協内の運営適正化委員会の所在地と電話番号を記している。

しかし、この度の第三者評価受審に際し、職員自己評価では、『C』の評価である。また実施した利用者調査の結果では、「外部の苦情窓口を知っているか」の設問に対し、明確に「知っている」とした肯定率は42.9%であるが、相談員やホームの職員とコメントをしている。

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、責任を明確にして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。この視点からも検討を期待する。

苦情解決責任者、第三者委員の存在と役割とともに事業所における苦情解決の仕組みについて、ホーム内への掲示や家族会での説明など利用者が理解しやすい方法で伝えて行く義務がある。利用者の権利を守る重要さから喫緊の課題として取り組むよう期待する。

4、サービスの標準化への取り組みとして業務を意識したマニュアルの整備に期待する

サービスの標準化に向けた支援の実施方法の文書化（マニュアルや手順書）の取り組みは不十分である。現状はリスクマネジメントの視点から「車の事故対応」についてはマニュアルを作成しており、利用者送迎用の車両に置いている。また、「野菜の育て方」など農作業に必要な手順や情報は、インターネットや市販の書籍、近隣の住民より得ている。一方、利用者支援の標準的な実施方法についての文書化は見られない。また、各職員の日々の業務に関しても文書化しておらず、新人職員に対しても口頭レベルでの伝承のみである。サービス場面ごとの文書化がなされていないのは、常勤職員（自己評価の期間は3人）全員が、同じ勤務帯の中での業務であり毎日の終礼をはじめ、意見交換をする時間を取っているため、すぐに共通理解しやすい環境であることも一因と考えられる。標準的な実施方法には技術に関することだけではなく、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なサービス提供に必要な「個別手順書」は、この標準化を踏まえ作成するともいえる。全職員で検討に取り組む事を期待する。

⑦第三者評価結果 に対する施設・事業所のコメント

初めて第三者評価を受審させてもらい、当事業所の強みと弱みを明確かつ的確に指摘して頂いた評価であったと考える。高い評価を得た点については引き続き取り組みを続けていき、充実したサービスにつなげていく。反対に弱みとして自覚し、指摘もされた具体性に欠ける点(事業計画、アセスメントに基づく個別支援計画書や支援方法のマニュアルなどの書類)については、事業グループ全体と事業所での取り組みを始め、仕組みづくりを行っている。現在、利用者送迎にかかる時間が多く、就労(農作業)時間が短くなってしまい、利用者支援や安定した作物の収穫に影響を及ぼす点が問題である。しかし野菜を作って販売し、利用者工賃とする就労系事業所としての特色を踏まえ、今回の評価を活かしながら業務の効率を上げることにより、今後の支援やサービス向上につなげていきたいと考える。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

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。	a
	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) 66.7%、b) 33.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、基本理念・基本方針、行動指針を明文化し、ホームページや広報誌等に掲載している。 ・基本理念「ともに育ち ともに生きる」は、利用者や家族・職員はもとより、地域の方々とも「ともに」という考え方を包含しているものである。法人名である「クムレ」は、ラテン語の「cumクム＝ともに」と「vivereウィーウエレ＝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。 ・管理者は法人の基本理念には共鳴している。しかし、当事業所における「利用者の工賃アップ」や「利用者の能力に見合った就労支援」などを実施するうえではやや「ギャップ」を感じている部分もあるという。言うまでもなく法人の基本理念は法人経営や事業所の事業を進める上での基本である。明確な事業方針に基づいて事業経営をするうえでも管理者間や職員間での議論などを通じて疑義を軽減、解消していく必要があると思われる。 	

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。	a
	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) 66.7%、b) 33.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の基本理念に基づく基本方針は「利用者満足の追及」「集うひとの幸せの追及」「強しなやかな組織創り」「地域社会への貢献」としている。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。なお、基本理念と同様に、広くその理解に向けた取り組みが求められる。 	

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) 66.7%、b) 33.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 ・会議や委員会ごとの「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、全ての正職員には配布し、また名刺の裏側にも記載している。 	

I-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) 0.0%、b) 33.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 理念、基本方針は事業所(事務所)内に掲示、利用者に対しては年度当初の入社式で口頭で分かりやすく伝えるように努めている。また、保護者に対しては、広報誌の配布や保護者会(生活介護事業所コトノハ、就労継続支援B型クラスと合同)の機会を通じて法人の基本理念等を周知している。</p> <p>■改善課題 ・利用者に対しては入社式で口頭で伝えている以外には、特段には積極的に取り組んでおらず、管理者としても十分ではないと認識している。そのことは職員自己評価からも同様のことが伺える。 ・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。現状の分析と取組み強化に期待する。</p>	

I-2 事業計画の策定

I-2-(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 中・長期計画が策定されている。		a
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。	
	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) 100.0%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せる仕事、を定め柱ごとの具体的な取組み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。当事業所としては、この7つの柱を意識し、提供するサービスや地域との連携、職員のやりがいなどについて、職員間で話し合い取組みを開始している。</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) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・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。 ・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: 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。		
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
	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) 33.3%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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う。当事業所では今年度の事業計画はこのグループの統括と前任の管理者とで協議して取りまとめている。 ・計画の進捗状況は、小規模であるため管理者自らが直接確認し、またそれを自立支援事業グループ会議に報告している。 <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。当事業所の事業計画では、取り組む内容の記述が抽象的なもの、それを実現する方法が明示されていないもの、時期の設定が「随時」「通年」となっているもの、など具体性に乏しい記述が散見される。 ・職員自己評価の自由意見では、事業計画を「把握できていない」という声もある。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、策定過程への職員の参画などの取組みに期待する。 	

I-2-(1)-② 事業計画が職員や利用者に周知されている。		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) 0.0%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <p>職員に対しては事業の進捗状況について、自立支援事業グループ会議(以下グループ会議)の前などに説明する機会を設けている。また、家族に対しては広報誌の配布を通じて周知している。</p> <p>■改善課題</p> <p>管理者は、職員に対してはグループ会議への参加に伴って事業の進捗を説明しているが、一方、利用者等に対しては特段に周知していない、としている。中期経営計画や各年度の事業計画を職員が適切に理解することは計画の達成のために不可欠である。策定過程への参画、計画文書の配布、その内容の共有や確認など、理解を促す取組みが求められる。また、利用者や家族に対しては、分かりやすい表現や方法についての工夫をしつつ周知することが重要である。より積極的な取組みに期待する。</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。	a
	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) 100.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は平成25年11月に開設している。現管理者は27年度から当事業所に配属された後、昨年、28年4月に管理者に就任したところである。職員の退職などがあり、活動の充実を期すことが困難な時期があったが、28年8月に1名の採用ができ現在4名の職員となりコミュニケーションを深め、今後の課題に取り組める状況になっている。また、利用者及び職員の安全管理を第一として職務に努め、小規模な職員体制で利用者支援や農作業にも従事することから、職員の模範となる行動をとれるように心がけている。また、それを業務終了時に自ら振り返りに努めている。 ・基本的には管理者としての役割は「キャリアパス」等に明示され、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に掲載して考えを表明している。 	

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	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。	b
	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) 66.7%、b) 33.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 管理者は障害者総合支援法に基づく事業所であることから、根拠法令の理解や虐待防止の理解に努めている。また、安全管理を特に重視し、利用者の送迎のための職員による自動車運転では交通ルールの遵守を職員に常に強く求めている。そのほか、利用者の服薬する薬に関する知識、農業や農薬に関することなどの理解に努めている。</p> <p>■改善課題 管理者は根拠法令の理解や虐待防止には関心を持って理解に努めているが、未だ十分ではないと認識している。また、管理者として遵守すべき法令は、福祉分野や当事業所の業務である農業分野はもとより、医療、衛生、雇用・労働、事業所周辺の環境への配慮など多岐にわたる。組織として遵守しなければならない基本的な関連法令についてリスト化し、あるいは最新の情報の把握への努力など、さらなる取組みに期待する。</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。		a
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) 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) 66.7%、b) 33.3%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、毎日の終礼時に職員からの報告を元に全員で一日を振り返り、利用者が自力でできることの可能性を摘むような過度な支援とならないよう職員の指導に努めている。また、就任以来、一つの事業所の質の向上にとどまらず、法人全体の底上げが重要と考え、グループ会議での発言や他事業所職員への声かけなども積極的に行うことに努めている。 ・今年8月からは、懸案だった職員の補充が実現したため、職員を研修に参加させられるようになっていく。</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。	a
	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) 66.7%、b) 33.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・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、その協議内容は事業所の終礼時に職員に伝えて周知する。法人の経営会議(理事長はじめとし法人内各グループの統括とマネジャーで構成)の内容は、グループ会議で把握することができる。 ・畑の作付け量が30%減少したため、グループ会議に報告して職員の配置を求め、8月には新規採用職員が配属された。また、利用者定員の充足に向けて、障害者支援施設「あしたば」との協議や行政への働きかけなどに努めている。さらに事業所の実務を効率化させるため、クラスに配置された事務職員に実務の一部を移管すべく調整中である。</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、b) 100.0%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。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。そのほか、管理者は行政の自立支援協議会などに参加して情報収集に努めている。</p> <p>■改善課題 ・社会福祉業界の動向については法人の会議などを通じて入手しているが、当事業所のある地域の障害者サービスに関するニーズや情報については必ずしも積極的に行えていない。情報収集の目的は、環境変化に対応した経営の維持にある。特に事業所においては収集した情報やデータを中期経営計画や単年度事業計画にどう反映させるかが重要でなる。法人全体の動きとともに事業所の特性や状況に応じた地域ニーズや潜在的な利用者などに関する情報収集についての取組みに期待する。 ・今回の自己評価、聞き取り調査の後に、平成28年11月から当事業所が所属する自治区の自治会に参加することになり、さらに地域との繋がりを深めるきっかけができ、意識的に活用する方針とした。</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) 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) 66.7%、b) 0.0% 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。 ・管理者は、利用者の増加を重要課題として、現状では16人の利用者を定員である20人まで確保することの重要性を職員に意識的に周知するとともに、支援学校への訪問や、法人の方針でもある「あしたば」からの利用者確保などを進めている。また、「総社市障がい者千人雇用委員会」(障害者の雇用の場の創設や就労の安定化に向けた行政の取組みで、目標数値を1000人としている。当法人の理事長が同委員会の副会長)の取組みに協力している。</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。	
	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) 33.3%、b) 0.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・事業所では直接的な関与はしていないが、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。ことから職員自己評価は低いものの、「a」評価とした。 ・なお、法人の外部監査実施について管理者は昨年度からの就任のために未経験で把握していない、としている。法人からの周知が必要であるが、今後、法人の取組みへの理解と関心をより高め、今以上に事業経営の改善に資するよう期待する。</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) 0.0%、b) 33.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。事業所としてはその特性から、農業の知識や技術の獲得に貪欲に取り組める人材が必要と考えている。 ・現在、社会福祉士資格の取得を目指している職員があり、受験に関する情報提供などの支援を行っている。 <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所としては、業務の特性から職員に求めるものや社会福祉士資格の取得支援など、必要な人材に関する考え方を持っている。職員規模が小さく、また人手不足等で方針どお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に期待する。 	

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) 33.3%、b) 66.7%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。制度改正に伴って管理者は研修を受講し、適正な実施に努めようとしている。</p> <p>■改善課題</p> <p>新制度による職員面接などはこれからであり、制度改正による効果の発揮に期待する。しかし、今回の自己評価、聞き取り調査の後に、管理者は職員と2度の面接を実施している。人材育成に活用されることを期待する。</p>	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		評価
II-2-(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、b) 100.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の方針として事業所の事業計画に「ワークライフバランスに対する取り組み」を掲げ、週2回の定時退社日や有給休暇年5日以上の計画的取得の奨励、などに取り組んでいる。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。 ・業務の特性から、作付け時期の繁忙期と収穫が終わった後の閑散期などの波があり、職員の業務負担もそれに応じざるを得ない状況がある。 ・当事業所では、懸案だった職員の補充を8月に実施できたことで業務展開の効率化と休暇取得や残業削減が実現しつつある。管理者は、小規模な事業所であることから、日常的に職員とのざっくばらんなコミュニケーションに努めている。 <p>■改善課題</p> <p>管理者が職員とのコミュニケーションに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。繁忙期と閑散期のサイクルはやむを得ないものであり、業務の特性に対応しつつ年間を通じた職員の就業状況や意向の把握とその改善について、さらなる取組みに期待する。</p>	

II-2-(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		
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) 0.0%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <p>福祉厚生センター(ソウエルクラブ)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>福利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り、また管理者は個々の職員とのコミュニケーションによって悩みなどに対応しようとしている。さらなる取組みに期待する。</p>	

II-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-(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。	b
	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) 33.3%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況 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。</p> <p>■改善課題 管理者は、自分自身がキャリアパスを含めて法人としての職員育成の仕組み全体に対する理解が十分ではないとしている。法人として不要な離職を防ぐためにも、職員集団の力量を向上させるうえで法人あるいはグループ全体での管理者の力量を今以上にどう高めていくかを課題としている。法人によるキャリアパスや新たな人事考課制度などを活用しつつ、管理者自らの力量の向上と部下職員の育成に関する計画的な取り組み強化に期待する。</p>	

II-2-(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) 0.0%、b) 33.3%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ている。事業所では法人の研修及びグループ内での研修をそれぞれ一覧表にして明示し、各研修への参加者を記録して把握している。職員個々の研修計画はないが、小規模なため管理者は各職員の育成課題は把握しており、法人からの研修案内に対して対象者を参加させている。</p> <p>■改善課題 法人の職員研修の仕組みを活用して、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。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えないが、業務・目標管理評価制度が改正されたところであり、その活用を図りながら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の強化に期待する。</p>	

II-2-(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、b) 100.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況 研修会に参加した職員には終礼で報告させ、共有するように心がけている。テーマによっては「クラス」の職員とも共有している。研修の成果は、管理者が個々の職員の状況を観察して確認している。</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。新しい目標管理制度を運用する中で個別的に研修成果を把握するなど、終礼時の報告や発表にとどめることなく、研修の成果を評価分析し、次の研修計画に反映させることで、職員育成を計画的組織的に進めることにつながる。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。		b
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。	
	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) 33.3%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・管理者は利用者の安全管理に強い問題意識を持ち、農作業に使用する道具の取扱い、送迎車両の運転、作業中の徒歩移動における安全管理について職員に対して意識的に指導している。特に、農作業の道具の取扱いに関するマニュアルはないものの、それを初めて使用する利用者がある場合には、その日の朝礼で必ず注意を促している。 ・感染症に対しては自立支援事業グループで看護師を中心に安全管理委員会が年2回の研修会を行っている。当事業所では机などのアルコール消毒、手洗いを励行している。救急法の研修には必ず参加し、また医療機関が隣接しているので急病などはすぐに対応できる状況である。 ・管轄の交番の警官による巡回での見回りが行われている。</p> <p>■改善課題 管理者は事業所の特性から特に利用者のケガの防止に強い問題意識を持ってリーダーシップを発揮している。しかし、手洗いの励行の徹底など見切れていないこともあると考えている。また、地域の自治会には入っていないことから地域との連絡・協力体制については課題としている。今後の取組み強化に期待する。その後、11月から地域の自治会に参加している。安全管理に視点からも取組みを期待する。</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。	b
	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、b) 100.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ヒヤリハット報告、事故報告をもとに毎月の自立支援事業グループのグループ会議で他事業所との情報交換をし、職員に対しては必要に応じて終礼や職員会議で周知している。法人として事故報告などがあつた案件の分析を行っている。</p> <p>■改善課題 ・古民家を再活用しているとはいえ、老朽化した2階部分と倉庫、急こう配な階段は危険なため使用が禁止されている。しかし、これまでグループ会議などで明確な話題にしたことはないという。リスク管理の観点から課題である。利用者の安全確保のためには安全を脅かす事例を積極的に収集し、その要因分析と対応策の検討を組織的かつ継続的に行う必要がある。 ・事業所の特性から利用者のケガや事故の防止に対する意識は高い。しかし衛生上や感染症などを含め、あらゆるリスクを想定して事例を積極的に収集し、課題の把握、実効性のある事故防止策の策定と実施、取組みに対する定期的な評価や見直しなど、さらなる取組みに期待する。</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、b) 100.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況 災害発生時は公民館が避難場所となっており、そこまでの避難ルートを決めている。また畑作業時の避難場所についても取り決めている。安否確認に備えて日報にその日に来ている利用者のリストを記述している。また、緊急時の連絡網(利用者、家族)を作成し、取扱い注意を期した携帯ファイルを職員各自が所持し、活用できるようにしたところである。</p> <p>■改善課題 備蓄については、非常災害時に当事業所の建物内に数日間とどまるという状況は想定していないので、行っていない。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。職員自己評価からも「利用者及び職員の安否確認」「平素からの防災教育や災害発生時の対処方法についての利用者の理解」「地域との連携」など課題認識が窺える。事業の継続の観点から、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 利用者と地域との関わりを大切にしている。		b
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) 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) 33.3%、b) 66.7%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。 ・当事業所では近隣住民との作業中も含めて日常的なあいさつを欠かさず行き、また畑の周辺に新しく住民が引っ越してくればあいさつに行き、観光客にもコミュニケーションを心がけている。地域の行事(ウォーキングラリーなど)には参加して野菜販売を行っている。</p> <p>■改善課題 当事業所では「地域で支えあう環境づくり」を事業計画での重点方針に掲げている。しかし、「利用者と地域との交流を広げるための働きかけ」という視点での主体的な取組みは、現状では「あいさつの励行」が中心と言える。このたび自治会に参加するようになり、交流を広げる機会が増えている。利用者のQOLを高めるために地域との交流は重要であり、当事業所の特性を踏まえた「利用者と地域との関わり方」についてのさらなる検討と取組みの強化に期待する。</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、b) 100.0%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 ・事業所では、その専門性や情報を地域に還元する取組みについて十分ではないと考えている。このことは職員の自己評価の結果からも伺える。 ・あいさつの励行、地域行事への出店などを通じて、少しずつ地域に定着してきているものと考えられる。近隣住民から「畑を貸したい」という申し入れもあったという。事業所の専門性や情報を地域に提供することを通じて利用者や事業所に対する地域住民の理解が深まり、コミュニケーションの活発化につながる。行事などによる交流にとどまらず、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) 0.0%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況 行政からの夏休み期間のボランティア体験の受入れについて呼び掛けはあり、可能である旨を回答している。しかし、現在までのところ受入れの実績はない。</p> <p>■改善課題 ・事業所としてはボランティアが入ることで作業面での手助けにはなるのではないかと考えつつ、利用者の障害の状況や作業内容などを勘案するとボランティアにとって有意義な体験になるかどうかについての逡巡がある。地元自治会を通じてボランティア活動への参加者があると良いのではないかと、とも考えている。 ・ボランティアの受入れについては未だ事業計画に位置づけられたものではない。ボランティア活動は利用者のQOLの向上、事業所の地域貢献、住民の福祉教育などの意義が考えられる。当事業所の特性に応じた目的や位置づけの明確化が課題である。</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。		b
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) 33.3%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況 各利用者に関わる相談支援事業所、自立支援協議会、農業を行っている他の福祉事業所、利用者の工賃に直結するものとして野菜の販売先、等については職員間で情報を共有している。</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。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の範囲を明確にするとともに、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 倉敷市の心身障がい施設連絡協議会、総社市内の社会福祉法人による「社会福祉法人連絡協議会」などに参画して、情報交換などを行っている。</p> <p>■改善提案 関係機関との定期的に関わる機会としては、上記の各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、当事業所の特性を踏まえながら、各利用者が必要とする社会資源を明確化することを前提として、利用者への支援サービスを高めるための検討や地域全体で課題となっていることからの解決に向けた取り組みが求められる。今後の取り組み強化に期待する。</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) 0.0%、b) 33.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 法人として地域交流の拠点整備や相談事業の一元化などを通じて新たな地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、事業所では、利用希望者の見学を受け入れた際に情報収集に努めている。</p> <p>■改善課題 事業所として地域のニーズ把握は十分ではないと考えている。確かに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いきれないが、法人との協働が課題である。また、相談事業や地域の交流活動など、法人の取組みに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、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	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) 0.0%、b) 66.7%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展開している。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>■職員の自己評価の結果は、a) 100.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用希望者等に配布するリーフレットや、法人が発行している広報誌「ふれあい クムレだより」に、法人の理念「ともにそだち ともにいきる」が掲載されている。さらに、法人の理念を踏まえ、本事業所が所属する「自立支援事業グループ」では大切にしたい支援の考え方「夢、将来をともに考えかえて行く」を採択している。 ・職員は、法人内外で人権に関する研修を複数回受講している。受講者は終礼を利用して伝達研修を実施しているが、この1年以内に職員4人中、管理者を含め3人が入れ替わり、また基本姿勢の周知には至らず、支援の場面では支援する側からの都合になりがちであると管理者は振り返り、更なる周知に努めたい意向がある。 	

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	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。	C
	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>■職員の自己評価の結果は、a) 0.0%、b) 33.3%、c) 66.7%であった。</p> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・古民家を利用した事業所は、ハード面の制約があり、更衣はふすまで仕切られた小部屋で行うこと、また、事業所の送迎車で通所した利用者は、それぞれの所有物を決められた保管箱に収納するが、扉はついていないなど家屋構造である。男子専用のトイレは、カーテンを掛け、用を足している姿が廊下から見えないように配慮している。 ・利用者の個人的な相談に応じるスペースは用意が無く、作業場である農場の行き帰りに相談に応じている。休憩中の利用者は、そこかしこに座ったり、横になって寛いでいる。 ・プライバシーの保護について職員間で、取り立てて話題にすることはなかった。ここでいうプライバシーの保護とは、「他人の干渉を許さない私生活上の自由」を言い「他人から見られたり知られたりすることを拒否する自由を守る」ことである。気持ちの表現が難しい利用者の特性を考慮すると、保護されるべきプライバシーについての周知と徹底が求められる。 ・ハード面の制約に甘えることなく、利用者のプライバシーを保護するために今、できることは何かを職員間で工夫するための話し合いをする。話し合いを通して、プライバシーの保護の重要性について認識が深まることを期待する。 	

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>■職員の自己評価の結果は、a) 33.3%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が社会生活を円滑に送るためのコミュニケーション手段を獲得する方策を、個別支援計画の一つの柱である「社会性を得る」にて目標に挙げている利用者もいる。 ・コミュニケーションにおける特段の配慮が必要な利用者は、その方法などについて家族等よりの情報で職員間で共有している。利用者と職員のコミュニケーションは、発語が不十分などで意思の把握が困難な場合などは、障害者支援の経験の深い職員がまず関わり、適切な対応を確認し、それを職員間で共有するようにしている。その他、時には「50音版」「カード」「ジェスチャー」を併用することがある。言葉での自己表現を不得手とする利用者には、試みとして日記を介して気持ちを把握するなどの工夫をしている。 <p>■改善課題</p> <p>利用者と職員間でのコミュニケーション手段のみならず、社会生活に生かすためのコミュニケーション手段獲得の視点から支援が望まれる。また、固有のコミュニケーション手段やサインを発見した際は、職員間の共有のしくみとして、毎月の職員会議、毎日の終礼での報告があるが、継続した支援のためには記録化が必要である。</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>■職員の自己評価の結果は、a) 33.3%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「自分でできることは自分で」、自分でできることの芽を摘まないことを基本方針としている。すなわち個人のもてる力で実践できる役割を与えるという「ハビリテーション」の浸透を、家族会でも説明し協力を求めている。 ・「できるかもしれない」と思えることは(農作業など)、安全性に配慮しながら挑戦させる。新たな挑戦への決定は、3か月ごとの個別プランの見直し時や職員会議等で検討している。 ・農作業で使用した軍手等の道具のあとかたづけは、役割をルーチン化している。毎回の声かけで利用者の役割意識は定着してきている。 <p>■改善課題</p> <p>・運営基準上、適正な職員配置ではあるが、利用者が新しいことへ挑戦する際は、1対1で利用者に関らざるを得ず、そのような場合は、他の利用者への見守りが手薄になりがちである事を問題にしている。職員自己評価では、利用者が自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならない場合は、本人及び必要に応じ家族等と十分な話し合いをしているか、という視点から意識的な取り組みがないとしている。自分でできることの芽を摘まないという基本方針の実践に向けた更なる取り組みが求められる。</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>■職員の自己評価の結果は、b) 100.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の自立支援グループが実施している専門研修で「虐待防止」について学んでいるほか、行政主催の「障害者差別解消シンポジウム」に参加するなどしている。さらに法人の人権委員会で人権擁護をテーマにした悉皆研修で職員への啓発をしている。 ・管理者は、利用者への人権侵害につながりかねない職員の不適切な言動防止に、職員が心身共に健康であることが重要としている。また、職員が自由に意見を言える雰囲気づくりに努め、職員間の良好な関係性に配慮している。また、家族の介護負担感軽減に家族支援の一環として、送迎の際など家族の状況にも目を向けている。一方、利用者が家族等より虐待を受けている可能性もあり通所時等の様子を注意深く観察することを職員間で確認している。 <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、「万一、虐待が起きた場合、その原因を究明し、今後発生しないように防止策を講じる仕組みが整えられている」という視点については、職員全員が否定した回答であった。 ・現状は、利用者への対応について「制止的な言葉は使わない」という程度の職員指導にとどまっており、管理者は、人権侵害の防止対策が不十分であると認識している。社会的な課題であり、また、社会の関心が高いこのテーマについて、「不適切な対応は起こり得る」との認識のもと、障害特性に応じた適切な対応を期待したい。今年度批准された「合理的配慮」への認識とともに、人権意識を高く維持し続けるため、事業所内で何ができるかを常に検証し続けることが、特に障害者支援にかかわるものとして求められている。さらなる取り組みを期待する。 ・重要事項説明書には、「虐待防止に関する相談窓口」は担当者等を明記しているが、職員への研修実施等の具体的な対策には言及していない。法人の方針を明確にした虐待防止対策、虐待を発見した際の対応について明記し、利用開始時に説明するなどについても検討を期待する。 	

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		評価
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。		
判断基準	a) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示され、利用者満足を把握する具体的な仕組みを整備している。	b
	b) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。	
	c) 利用者満足の上昇を目指す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) 0.0%、b) 33.3%、c) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <p>法人の基本計画の一つとして「利用者満足の追求」を掲げている。利用者とのコミュニケーションを意識し満足度を把握するようにしている。また家族会の機会や送迎の際にも家族の意向などを聞くようにしている。</p> <p>■改善課題</p> <p>利用者の満足の要因の一つに、工賃アップがあげられるが、そればかりではないことを管理者は理解している。また、支援を通し利用者個々の満足度はある程度把握できていると認識しているが、利用者及び家族等の満足の把握のための方法などについて具体的な取組が必要である。</p>	

Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取組を行っている。		評価
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、実際にその向上に向けた取組を行っている。	C
	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>■職員の自己評価の結果は、a) 0.0%、b) 33.3%、c) 66.7%であった。</p> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現状では、利用者満足に関する把握・調査、この結果の分析、具体的な改善策検討と実施などについての体制はない。日常的名把握に留まらず意識的、計画的な取組が必要である。この取り組みの際には、利用者の参画を意識し共同で課題解決の道筋をつける取り組みが望ましい。 ・本評価項目は、満足度の把握から結果の改善に至る取り組みの仕組みの整備について評価する。従って、c)と判断した。 	

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。	b
	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>■職員の自己評価の結果は、a) 0.0%、b) 33.3%、c) 66.7%であった。</p> <p>■取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書の「要望・苦情申し立て」の項目に、本事業所の相談窓口及び担当者名を明記している。事業所以外の要望・苦情申し立て先に自治体の関係部署と「運営適正委員会」の住所・電話番号を記載しておりサービス利用開始時に説明している。 ・利用者は、相談したいことが生じた際は、作業場所である農場への行き帰りに担当職員に伝えることが多いと職員は判断している。また、職員は利用者とフランクに接し、利用者が意見を言いやすい雰囲気づくりをし、昼食時など、寛いでいるときに、利用者が漏らす言葉や態度から相談事を職員が察する場合もある。 ・1週間に1度、家庭とのやり取りに活用している「やさい畑家庭連絡表」に家族が、利用者の気持ちを推し量り相談事を記載してくる例もある。また送迎時に家族から直接意見や相談を受ける時がある。 <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書の「要望・苦情申し立て」の項目に、本事業所の相談窓口及び担当者名を明記しているほか、事業所以外の要望・苦情申し立て先に自治体の関係部署と「運営適正委員会」の住所・電話番号を記載している。実践上は、個別支援計画作成時の面談などをその機会ととらえていると思われるが、相談相手や相談の方法が選択できる体制にはない。また、事業所の構造上の問題もあり、相談事に対するプライバシーを保護する遮音できる相談室など環境整備は追いついていない。 ・取り組みを実効あるものにするためには、利用者や家族に十分周知されている必要がある。利用開始時の説明に留まらず、職員以外にも相談や意見を言えることをポスターの掲示などの取り組みを期待する。 	

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>■職員の自己評価の結果は、c) 100.0%であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <p>重要事項説明書に苦情窓口担当者及び苦情解決責任者、さらに公的な機関である市役所の障害福祉課、運営適正化委員会の住所・電話番号を明記してサービス利用契約時に利用者・家族に説明している。実践上は、苦情を受け付けた際は、終礼、職員会議で対応を検討し、苦情申し立て者(主に家族)に結果を説明・報告を行っている。さらに管理者が参加する「自立支援グループ会議」で報告する方針がある。</p> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用開始時、契約時の説明時に於いて苦情に関する事項は利用者・家族に説明している。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5割を切る。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。 ・重要事項説明書に第三者委員名を明記するとともに、わかりやすく苦情解決のプロセスの記載が必要である。・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。 	

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>■職員の自己評価の結果は、a) 0.0%、b) 0.0%、c) 100.0%であった。</p> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの意見等に対応するためのマニュアル類の整備はされていないものの、事業所と家庭の連絡ツールである「やさしい畑家庭連絡帳」や日常支援の中から把握することになっている。把握した事柄は、終礼等で共有し、検討する。その中からサービス改善につなげる例もある。 ・意見表明の難しい利用者の意見や思いは、表情やしぐさなどから把握するが、そのためには利用者の障害特性、日常的な動作の意味を深く知ることを意識している。また、毎日の終礼で利用者ひとり一人の状況を振り返るとともに、新人職員は、障害者支援の経験が長いベテラン職員のOJTで利用者個々の対応方法を学んでいる。 ・この評価項目は、苦情に限らず利用者からの意見や提案に対する事業所の対応について評価する項目である。その対応には苦情同様に利用者の信頼を得ることもつながる迅速さが求められる。「対応マニュアル」は、意見や提案から事業所の改善課題を発見し、サービスの質を向上させる姿勢が求められ、それを具現化するためのものである。このような視点から意見や提案を受けた際の手順や、具体的な検討・対処方法、さらに利用者へのフィードバックの方法などを具体的に記載されていることが必要である。このような点から「対応マニュアル」整備の検討を期待したい。 	

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。	b
	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>■職員の自己評価の結果は、b) 100.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所としては今年度が初回の第三者評価受審である。事業規模が小さいことを利点に、管理者が第三者評価受審の責任者となり、サービス管理責任者と協同で評価受審のための資料作りを行っている。その過程において様々な気づきを得ている。職員は(評価時は管理者を含めた3人)は日常業務をこなしながら真摯に、第三者評価のため「職員自己評価」に向き合い取り組んだ。 ・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、法人内各事業所は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、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、取り組む体制である。 <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初めて第三者評価を受審するにあたり、職員は話し合いを重ねながら客観的な視点から事業所評価に取り組んだ。そのプロセスから様々な気づきを得たと想定される。この気づき、評価の結果を事業計画に取入れ、改善課題は明確にし取り組みが充実することを期待する。 ・今後の継続した取り組みを見通し、『b』と判断した。 	

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>■職員の自己評価の結果は、a) 0.0%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況と改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の中長期計画に明示されているように、今年度初となった第三者評価の結果は事業計画に反映させ、改善に取り組む方針である。法人は、今年度も第三者評価の結果を公表する報告会を開催する計画があり、この報告会に向けて、当事業所では取り組むべき課題を明確にする予定である。管理者は第三者評価受審の準備段階で、事業所の改善課題を認識しており、実践が期待できる。 ・今年度就任した管理者は、課題が山積していると述べている。職員4人という小規模な事業所であるため課題についても共有が容易であると推察する。中長期計画を意識しながら、課題は職員と一体になり優先順位をつけ解決に取り組むよう望みたい。 ・現状の取り組みと、今後の実践を見通し、『b』と判断した。 	

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。	c
	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>■職員の自己評価の結果は、a) 0.0%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <p>評価結果で明らかになった改善課題は、計画的に取り組む方針であるが、現状は評価結果報告を待っている段階で、改善策や改善計画は具体的に進められていない。</p> <p>■改善課題</p> <p>本評価項目は、取り組むべき課題の明確化に留まらず、改善策や改善計画を立て実施している、ことである。現段階ではこの評価項目に該当せず、『c』と判断した。改善計画にて改善に取り組むプロセスを明確にし、またその進捗状況の見える化に期待する。</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。		
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。	C
	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>■職員の自己評価の結果は、a) 0.0%、b) 33.3%、c) 66.7%であった。</p> <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの標準化に向けた支援の実施方法の文書化(マニュアルや手順書)はされていないのが現状である。唯一リスクマネジメントの視点から「車の事故対応」についてはマニュアルを作成しており、利用者送迎用の車両に置いている。 ・「野菜の育て方」など農作業に必要な手順や情報は、インターネットや市販の書籍、近隣の住民より得ているが、利用者支援の標準的な実施方法についての文書化はしていない。また、各職員の日々の業務に関しても文書化しておらず、新人職員に対しても口頭レベルでの伝承のみである。 ・サービス場面ごとの文書化がなされていないのは、常勤職員(評価期間は3人)全員が、同じ勤務帯の中での業務であり毎日の終礼をはじめ、意見交換をする時間を取っているため、すぐに共通理解しやすい環境であることも一因と考えられる。しかし職員の異動や業務の見直し的手段として、またリスクマネジメントの視点からも文書化は重要である。サービスの質の均一化を図るために明文化する必要のあるものは何かについて全職員参加で検討し、実践することを期待する。 	

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。	C
	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>■職員の自己評価の結果は、a) 66.7%、b) 0.0%、c) 33.3%であった。</p> <p>■改善課題</p> <p>標準的なサービスを提供するための文書化にあたり、常に支援現場との整合性を検証する仕組みの構築、及び常に見直しの方針で取り組むよう望む。</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。		
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
	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、b) 100.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況 利用者の日々の活動の状況や情緒面に関する特記などは、「やさい畑 クムレ 日誌」に記載する。記載内容は、日誌の表面に利用者ごとに午前・午後の作業内容(作業種目として収穫、収穫補助、出荷準備等)を、裏面には、「やさい畑 クムレ 日報」として欠席者についてである。 毎週末には、1週間の利用者の状況、例えば作業への参加状況や情緒の安定さなどを「やさい畑家庭連絡表」に記載し、送迎時に渡している。そして家族から家庭での生活などに関し返信をもらい、個別ファイルに綴じている。日誌等の記録からは、個別支援計画の進捗(モニタリング)状況の把握は難しい。</p> <p>■改善課題 日誌等の記録からは、個別支援計画との関連、モニタリングの実施との関連は把握しにくい。すなわち、改善課題支援に対する利用者の反応、支援者の考察が不十分で、モニタリングの根拠にはなり得ていない。利用者の日常の変化と共に個別支援計画を意識した記録について検討が必要がある。</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) 0.0%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・記録類の管理責任者は明示されているとは言えないものの、「重要事項説明書」に「事業者は、利用者に対する事業の提供に関して記録の整備し、5年間は保存する」とある。また、開示方法は、閲覧、複写ができると記載し、利用者・家族に説明している。 ・利用者の記録類はそれぞれファイル化し、事務室のキャビネットに保管・管理している。個人情報の取り扱いは、法人のプライバシーポリシーに則り、利用目的、利用範囲を明記した文書で利用開始時に説明し同意を得ている範囲での使用としている。</p> <p>■改善課題 記録の保管場所とその方法や扱いに関して、責任者の設置、保存と廃棄に関するなどの文書規定の整備と職員への周知が必要である。さらに、「個人情報の保護」に関して、個人情報の基本的な概念など職員の理解が深まる機会(研修等)が求められている。</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。	b
	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) 33.3%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況 朝礼、終礼により情報の共有をしている。特に終礼は全職員参加で毎日60分程度かけ実施できている。終礼では一日の振り返りを通して、利用者状況を伝え合い、その上で利用者ごとの翌日の作業を決めている。</p> <p>■改善課題 終礼の内容について記録はしていないため、長期欠勤した職員が就業した際、利用者情報を知る手がかりが少なく、情報の伝達漏れが危惧される。取り組みが必要である。</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。		
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。	a
	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>■職員の自己評価の結果は、a 33.3%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の情報は、法人が運営管理するホームページで社会に向け発信している。ホームページは法人が展開する事業をグループ分けしている「自立支援グループ」の一つの事業として紹介している。また、法人発行の広報誌「ふれあい くもすだより」(年間4回発行)は、利用者とともに近隣住戸約70件にポスティングしている。事業所独自ではリーフレットを作成しており、主に見学者や地域の相談支援センターへ配付している。リーフレットは、ホームページを補完する内容で、「就労継続支援B型事業」をわかりやすく説明している。さらに事業所の今年度の支援方針「夢を……」を自由詩的に表現して、リーフレットを見た人々の印象に残る内容である。 ・利用者の多くは法人内の他事業所より移行してきている。法人内の事業所よりの移行希望者はもとより、見学希望にはそのつど応じており、体験利用を勧めている。見学者は利用希望者以外にも、特別支援学校の教師・通学中の保護者、総社市の施策「障害者千人雇用」の担当者などである。見学へは管理者が対応し、事業所の実情を説明しながら利用者の活動場所である4つの畑を案内する。 ・職員の自己評価では、事業所のサービス内容を紹介した資料を、公共施設等多数の人が入手しやすい場所に置いてないことや施設紹介のビデオの作成をしていないことを理由に肯定率が低くなっているが、その他の取り組みの充実度を評価した。 	

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		
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。	b
	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>■職員の自己評価の結果は、a) 33.3%、b) 33.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <p>サービス利用が決定すると管理者が、「重要事項説明書」を用いて、主に家族に対して通所に関する基本的なルールや重要事項の説明をしている。重要事項は説明書に沿い、全般的な説明をするが特に利用料金について丁寧に説明している。事業所の運営方針やサービス内容に納得を得て利用契約に至る。なお契約は1年間とし、更新のつど、契約書を交わしている。また、家族の高齢化が課題になりつつあり、事業所では家族会で「成年後見制度」について説明している。</p> <p>■改善課題</p> <p>重要事項説明書や契約書は利用者本位の具現化のためにも、イラストを用いるなどの工夫により利用者が理解しやすくするための工夫が必要と考える。さらなる取組に期待する。</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) 0.0%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取組状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス管理責任者がアセスメントを担当している。利用者支援に必要な心身の状況や生活環境等は、当事業所の利用に当たり体験利用を基本にしており、その時の状況や、また「サービス等利用計画」作成担当者からの情報、家族等より聞き取り把握している。家族とは年度末に、家族が記載する「今後の援助に関する要望書」を基に、1年間の振り返りを兼ね面談し今後についての要望や家庭での課題などをテーマに話し合いをしている。 ・利用者の希望等は、日頃の活動への参加状況や言動から把握するとしている。事業所として把握した利用者状況を記載する様式の定めは持っていない、手順は決めていない。ただし、利用者16名に対し職員4名の小規模な事業所であるため、毎日の終礼で利用者の状況は、口頭レベルではあるが共有されている。 <p>■改善課題</p> <p>利用者の「個別支援計画」作成の前提として、利用者の状況把握(アセスメント)は必須である。利用者の個別状況について職員は(特に担当職員)把握しているものと推定できるが、所定の様式に記載し、客観的な視点から見える化が求められる。アセスメントの概念、その重要性、アセスメント情報収集の手段及び課題の抽出など「個別支援計画」作成までの一連の手順を明確にした上で、研修が必要である。喫緊の課題として取り組む必要がある。</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	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。	C
	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、職員自己評価の回収時は、データに記載はない。</p> <p>■改善課題 アセスメントが適切に実施されていない中、ニーズや課題は明示していない。前述のように、まずはアセスメントの手段確立が重要である。管理者はアセスメントの必要性について十分理解し、その不十分さを課題として認識しているので今後の期待できる。</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。		b
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。	
	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) 0.0%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・サービス管理責任者の責務として、計画作成の任を負いつつ、実務的には担当職員が担当利用者の計画を作成している。計画は「自分でできることは自分で」を方針とし、年間を見通し 1) 農作業でできることを増やす 2) コミュニケーション能力やマナーなど社会的スキルの向上を目標として作成する。 ・個別計画作成にあたり、「サービス利用等計画」作成する事業所と、連携し作成している事例もある。計画作成の手順は年度末に家族と面談して前年度の振り返りをし、新たに支援への要望等を聞き取り、また利用者からは日々の支援の中から把握する。利用者担当職員は把握した情報を基に作成した計画原案を家族に説明し承認を受ける。説明は家族が来所した際に行う事を基本にしているが、家族の都合により自宅訪問をして説明し同意を得る場合もある。</p> <p>■改善課題 ・前項のアセスメントと同様に、個別支援計画作成に対しても基本的な手順書やスキルアップのための研修の必要性を管理者は、認識しているので今後の取り組みに期待する。 ・個別支援計画は当然ながら利用者本人のものである。理解が難しい利用者へはわかりやすさへの工夫と、利用者に説明をする事業所側の姿勢が重要である。個別支援計画(個別プラン書)は、家族の承認欄を設けているものの、利用者の承認欄は設定されていない。利用者本位の観点から検討を期待する。</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) 0.0%、b) 33.3%、c) 33.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 個別支援計画は、年間目標のもと年間計画を立て、基本的に6か月ごとに見直しをすることになっている。その中間点として3か月に1度、モニタリングを実施している。3か月ごとのモニタリングは様式「個別中間援助評価表」に、6か月ごとの見直しは様式「個別プラン書」(実績)に記載している。両様式とも個別支援計画に沿って利用者支援が実施されたか、目標の達成状況、満足度などを記述する方式である。</p> <p>■改善課題 ・3か月、6か月ごとに実施状況の評価し、個別支援計画の見直しにつなげる手順はあるものの、評価するための日々の記録が不足しており、評価者の判断に依存する部分が多く客観性に課題がある。 ・終礼や職員会議で利用者情報は共有できているが、個別支援計画作成手順に、職員間で利用者ごとの支援の適切性について話し合う(カンファレンス)場が求められる。その際は次回の個別支援計画作成に活かせるような記録化が求められる。</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-(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。	
	b) -----	
	c) 介助は快適に行われていない。	
講評	<p>現在、直接的な排泄介助を必要とする利用者はいない。ただし、帰宅前に排泄をすませないまま、送迎車に乗り込んだため、トイレが間に合わず失敗した例が報告されていた。作業場の「やさい畑」には、トイレの設備はない(1カ所は公衆トイレがある)が、昼食に事業所に戻った際に排泄を済ませるよう利用者を指導している。</p> <p>評価は「非該当」とした。</p>	

III-4-(1)-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、c) 100.0%であった。</p> <p>■改善課題</p> <p>・事業所内のトイレは、男性用と男女兼用の鍵付きの個室トイレがある。古い家屋なため特段の清潔感はないが、防臭剤の利用による防臭対策をしている。しかし、清掃については、いつ・誰が・どのようにとの決め事はなく、気づいた職員あるいは利用者が行う状況である。確実性を期す視点から検討を期待する。</p> <p>・今回の自己評価、聞き取り調査の後に、利用者の役割としてトイレ掃除のみではなく他の掃除も含め、利用者が担当できる内容を検討している。排泄は清潔な環境を整えることが、社会的な通念であり感染予防にもつながる。「トイレ掃除」を始めとし清潔を保つことの意義を伝える格好の機会になると考えられる。このような取組みは、社会スキルの向上、また身辺整理の一環として位置づけられ、利用者が主体的に担えることを期待する。</p>	

IV-1-(7) 健康管理		評価
IV-1-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。		
判断基準	a) 必要時に、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。	b
	b) 必要時に、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) 必要時に、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) 33.3%、b) 66.7%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <p>・利用者の通所時に、顔色、いつもと違う言動、家族からの情報でその日ごとの体調を把握し、体調に合わせた作業内容を振り当てる方針である。事業所に隣接してクリニック(内科)があり、緊急時に対応してもらえるよう関係性を築いている。</p> <p>・外での作業が中心なため、特に夏場は水分補給に留意しており、インフルエンザ等の感染症好発期には、注意喚起し場合によりマスクの着用を勧めている。また定期的な健康診断は、家族の判断に委ねており市の制度を利用した「巡回健診」に、約5名の利用者が利用している。健診の結果は家族より報告を受けている。</p> <p>■改善課題</p> <p>健康課題を持つ利用者が少なからずおり、また高齢に伴い身体状況に変化が見られる利用者も増えることが予測される。利用者それぞれの状況に合わせた助言と適切な対応のために(緊急時も含め)、マニュアル等の整備を期待する。</p>	