

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：生活介護
代表者：篠原 みゆき（管理者）	定員（利用人数）：15名（1日あたり）
所在地：岡山県岡山市北区撫川848	
TEL：086-238-1800	ホームページ： https://www.cumre.or.jp/
【施設・事業所の概要】	
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：9名 非常勤職員：2名
専門職員	社会福祉士：1名 介護福祉士：4名
	看護師：2名 言語聴覚士：1名（非常勤）
施設・設備の概要	活動室（48.85㎡：1日／定員15名） 多目的ホール（92.15㎡） 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

●基本方針（法 人）

利用者満足

集う人々の幸せ

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

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、いきがいや役割を持って過ごせる地域づくりを目指す

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. 強度行動障害のある利用者と医療的ケアが必要な重症心身障害のある利用者が混在しているので、利用者の障害特性に応じて十分なアセスメントができるように、法人専門職の活用や家族・学校・他事業所からの情報収集に努めている

感覚過敏を持つ強度行動障害のある利用者、医療的ケアのある重症心身障害の利用者が混在していることから、利用者像は幅広い。アセスメントでも多様な視点が必要であり、法人内の言語聴覚士、栄養士、看護師などの専門職も活用して、アセスメントを行っている。職員は強度行動障害支援者養成研修を受講し、アセスメントの視点を学んでいる。卒業生については学校からの情報、他事業所に通う利用者の場合は他事業所からも行動特性等の情報を得て総合的にアセスメントし、個別支援計画を立てている。胃瘻、吸引、導尿、酸素モニターなど医療面のケアの割合が大きい利用者の場合は、看護師が見学の面談から参加し、アセスメントをまとめて医療手順書を作成している。これらのアセスメントに基づき、サービス管理責任者が個別支援計画案を立案し、職員が参加する個別支援会議で検討している。個別支援計画に基づき、必要に応じて個別支援マニュアルを作成し、利用者一人ひとりの状況に応じた支援に努めている。

日々の支援のなかで、個別支援計画の取り組みは、朝礼の際の確認や、支援経過記録の際の個別支援計画の取り組みとして記録している。夕方のミーティングでは利用者の状況とともに支援の振り返りも行い、次の支援に活かしている。管理者・職員ともに互いの支援について意見を言い合うことができていると捉えている。

支援の際も必要に応じて法人内専門職の助言を得ている。支援経過記録により、写真や動画も含めて確認でき、それに基づいた助言を得ることができる。

2. 状態像が多様な利用者に対して、散歩、ドライブ、音楽療法、季節の製作、花壇の水やりや古紙の回収、レクリエーション、ボウリングなど、利用者の意見を聞きながら、多様なプログラムを用意し利用者それぞれが楽しめるように工夫するとともに、アセスメントや個別支援マニュアルに基づいて一人ひとりに応じた生活の支援に努めている

活動プログラムは、季節の行事を取り入れながら、利用者が楽しめるもの、関心を広げられるもの、社会経験を広げられるものなどの視点から利用者の意見も踏まえて取り組んでいる。さまざまな楽器を使った音楽療法や、利用者の手指の操作に配慮したクリスマスや七夕の製作、地域住民とのかかわりが持てる古紙回収、畑作業など、ねらいに応じたプログラムを実施している。

活動にあたっては、利用者一人ひとりの参加のしかたを事前に確認している。プログラムは『事業所だより』に掲載して事前に配布し、利用者には知らせている。

また、食事、排泄、着脱、入浴などの身の回りの支援は、個別支援マニュアルに基づいて、利用者に応じて自分でできることはやってもらうように、見守りの姿勢で支援を行っている。

食事は、言語聴覚士が咀嚼や嚥下状態をアセスメントし、一口大、刻み、とろみなどの食形態を工夫している。音、視線、皮膚などの刺激で、テーブルを囲んでメンバーと食事することが難しい利用者の場合は、壁に向いたり、別室対応を行って、刺激量を調節している。車椅子用トイレ、おむつ交換台の設備とともに、排尿の意思伝達のためのサインの共有など、タイプの違う利用者に対する個別の配慮を行って生活面を支援している。家庭で入浴介助することが難しい利用者の入浴支援は、機械浴槽で実施している。入浴支援のある生活介護事業所が少ないため「週1回でも」と希望する利用者がある。

必要に応じて、法人専門職から助言を得て、利用者一人ひとりに応じた支援に努めている。

◇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. 空間や人的な環境の整備について、安心・安全、障害特性への配慮、プライバシーの保護の視点から検討し、柔軟な発想で取り組みを行うことを期待する

活動室は、15名定員の広さであるが、当事業所ではさまざまな感覚過敏を持つ強度行動障害のある利用者と、リクライニング式の車椅子を使用する重症心身障害のある利用者が混在し、介助スタッフも合わせると、十分な広さがあるとは言えない。活動中に利用者が移動する際には、他の利用者や職員にぶつかることもある。到着後、車椅子から降りて、全身を伸ばしてリラックスできるスペースが広さも音環境も、ともに確保できない。情緒が不安定になった場合のクールダウンスペースは他事業との共用スペースであり、自由に使えるわけではない。活動室内にマットで囲い、簡易的なスペースをつくっているが、音刺激は遮断できない。利用者の状態像に応じて利用日の調整を行っているが、それだけでは対応できてはいない。

また、男性職員は1名のみであり、排泄、着脱、入浴などプライバシーに関わる生活の支援について同性介助が実現できていない。異性介助に対する意思表示が難しい利用者も多く、利用者本人の意向に沿った安心できる支援となっているのか、判断が難しい。同じ敷地内の他の事業所の職員の協力を得ているが、当事業所として同性介助のための人員配置を行う必要がある。

開設2年目で、設備面の改善は難しいが、利用者の安全・安心、障害特性への配慮、プライバシーの保護などの視点から、空間および人的環境について改善できるよう、他法人の事例や他職種の助言等も得て、柔軟な発想によって見直しに努めることを期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

強度行動障害のある利用者、医療的ケアが必要な利用者など、支援を必要とする利用者が多い事業所です。管理者として、役割の明確化、支援マニュアルの整備、ご本人の意向の確認など、事業所として整備すべき点等の課題を学ぶ機会となりました。

環境面や職員の男女比など、すぐ改善しにくい課題もありますが、重要な視点と認識することができました。一つずつ改善に取り組めます。

⑧ 第三者評価結果

別紙（p.7～36）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-1-1-1-① 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) 63.6% b) 36.4% 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"> ・基本理念である「ともに育ち ともに生きる」は、利用者や家族、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。 ・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て配布している。 ・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。 ・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浸透を図っている。また、嘱託職員も含めて中途採用の職員にも研修の機会に周知している。 ・当事業所では、職員会議(月1回開催)で『クムレ10の心得』と年度ごとのスローガンを唱和している。 ・利用者に対しては、契約時に配布する「利用のしおり」の冒頭に法人の基本理念と基本方針を掲載し、周知に努めている。 	

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-2-1-1-① 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。		評価
判断基準	a) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
	b) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。	
	c) 事業経営を取り巻く環境と経営状況が把握されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 54.5% b) 27.3% c) 9.1% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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り、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。 ・法人は、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)。 ・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、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、エリア会議などで共有し、課題の抽出に努めている。 ・当事業所を含む多機能型事業所おうちだ(グループホーム、児童発達支援/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」として位置づけられている。当事業所からは、管理者が法人の経営会議に参加し、事業所の状況を報告している。 ・当事業所は、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、今年度の当初の段階では利用者の増加による収入増が課題である。現在は比較的収入は確保できているが、法人本部および事業所において、特に収支状況を注視している状況である。 	

【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) 27.3% b) 63.6% c) 0.0% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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り組みの方針に基づき、エリア体制のなかで、エリアごとの取り組み(地域貢献活動など)や各事業所におけるサービス提供を行うしくみである。 ・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において、①公益的な取り組みや、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、課題解決のための取り組みを協議している。 ・当事業所では、管理者が、経営会議や管理者会議などにおける協議結果を職員会議で職員に伝達している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人主導による経営状況の分析とそれに基づく取り組み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、上記のとおり「a」評価とした職員の割合は27.3%であった。 ・より具体的には「経営状況や改善すべき課題について、役員間での共有がなされている」に関する肯定的な回答の割合は9.1%、「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」は27.3%、「経営課題の解決・改善に向けて具体的な取り組みが進められている」9.1%であった。 ・状況に応じた適切な周知のあり方について検討することを期待する。 	

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

【4】I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。	a
	b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・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) 72.7% b) 0.0% c) 18.2% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は「クムレ中期経営計画2025」を策定している。中期経営計画では「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」などの3つの方針を掲げ、方針ごとの具体的な取り組みを明示している。 ・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て「クムレのありたい姿」(ビジョン)の実現に向けて計画的に取り組むしくみを整えている。 ・中期経営計画は、全職員対象の理念研修(4月1日実施)においてその内容を説明している。なお、この研修に参加できなかった職員に対しては、動画で説明している。 ・事業所の中・長期的な目標(ビジョン)や計画が明確ではない。法人の計画とリンクさせながら、当事業所の経営や提供するサービスを具体的に展望し、計画化することは重要である。その検討を期待する。 	

【5】I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		評価
判断基準	a)単年度の計画は、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) 72.7% b) 18.2% c) 0.0% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「クムレ中期経営計画2025」を踏まえて、各エリア、各事業所における単年度の事業計画を策定している。 ・単年度の事業計画は、全事業所が共通のフォーマット(枠組み)で「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。 ・当事業所の事業計画は「多機能型事業所おうちだ」において一体的に定められている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・多機能事業所として取り組む事項と、当事業所に該当する事項が峻別しにくい上に、抽象的な記述内容が見受けられ、当事業所の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が難しい。 ・事業計画は、所属している職員はもとより、利用者、家族、地域関係者も含めて当該年度に取り組むべき課題や取り組みを共有するための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。 	

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) 36.4% b) 63.6% 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"> ・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。 ・事業計画の職員に対する周知の取り組みとしては、管理者が4月の職員会議で説明するとともに、年度途中にも進捗状況を説明している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の策定過程において、職員参加の機会が位置づけられていない。 ・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。 ・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枚で見やすくするための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ものではない。 ・職員自己評価では、上記の通りに「a」評価は36.4%であった。より具体的には「計画策定における職員参加」「計画期間中における実施状況の把握」「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」の各項目に関して、肯定的な回答の割合はいずれも20~30%台であった。職員の理解や関心が浸透していない状況が認められる結果であり、改善のための取り組みを行うことを期待する。 	

【7】I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		評価
判断基準	a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。	C
	b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 事業計画を利用者等に周知していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 36.4% b) 45.5% c) 18.2% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画を利用者や家族に周知していない。 ・事業所が当該年度に何を目標としてどのように取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重要である。 ・わかりやすく周知するための方法や資料内容の表現についての工夫も含めて検討し、そのための取組みの具体化を図ることを期待する。 	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。

【8】I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		評価
判断基準	a) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
	b) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。	
	c) 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 54.5% b) 36.4% c) 0.0% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの質の向上は法人の「中期経営計画2025」の重点方針の一つとして位置づけられ、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サイクルによって展開すると明示されている。 ・法人は、全事業所が数年ごとに福祉サービス第三者評価を計画的に受審するようにしている。また、その受審結果を集約している。 ・法人は家族を対象とした事業所別の「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、事業所ごとに加えることもできる。 ・当事業所の第三者評価の受審は今回が初めてである。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者家族の満足度調査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回であり、質の向上のための組織的な体制の整備は今後の課題である。 ・満足度調査の結果への対応も含めて、サービスの質の向上のための組織的な体制を確立することが求められる。取組みを期待する。 	

【9】I-4-(1)-② 評価結果に基づき組織として取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) 63.6% b) 27.3% c) 0.0% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人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。 ・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、その調査結果を職員会議で報告し、現場で取り組めることについて対応に努めている。 ・当事業所の第三者評価の受審は初回であり、受審結果を踏まえ、今後の方向性を職員や家族にも伝えて改善につなげたいとしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は初めての第三者評価の受審であることから、今後は改善策の文書化や担当体制など、改善に向けた体制の整備が求められる。組織的かつ計画的な取組みを期待する。 	

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。

【10】II-1-1(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。	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% 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"> ・法人は、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。 ・管理者は、サービス管理責任者とともに事業所の開設2年目にあたる2023(令和5)年4月に、法人内の他事業所からの異動で着任し、同じ建物内にある児童発達支援／放課後等デイサービスの管理者を兼務している。 ・管理者は、自らの責務として、事業収入の確保、働きやすい職場や環境づくり、職員育成に努めることが重要であると考え、サービス管理責任者と協議しながら、職責を果たそうとしている。 ・管理者として、法人の経営会議や管理者会議に参加して法人の方針等を把握し、必要に応じて職員に情報提供している。 ・現場に入ることは多いが、サービス面は基本的にはサービス管理責任者に任せ、自らは主に人事や管理的な業務を担うこととしている。 ・有事の権限委任等は明文化していないものの、当事業所のサービス管理責任者、エリア長(同じ建物内のグループホームの管理者を兼務)、同じ建物内の放課後等デイサービス事業所のサービス管理責任者がいることから、事実上の共同体制となっている。 ・なお、職員自己評価では、上記の通りに「a」評価が100.0%で「自ら積極的に働いている」「必要なことは随時伝えてくれる」などの自由意見があった。今後は、自らの役割と責任に関する明確な表明について、より積極的な取り組みを行うことを期待する。 	

【11】II-1-1(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。	a
	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) 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"> ・法人は、法令遵守規程を定め、すべての役職者が法令遵守する旨を規定している。 ・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。 ・職員に対しては、身体拘束や虐待の防止などの人権擁護、専門職としての専門性などについて、職員会議などの機会に周知している。 	

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

【12】Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、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。	a
	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) 81.8% b) 18.2% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、当事業所のサービスの質に関しては、職員の多くは法人内の生活介護事業所からの異動で配置され、知識と経験があるため、利用者に丁寧に対応できていると考えている。 ・ワンフロアで支援する環境のなかで、車椅子の利用者や動きのある利用者など、さまざまな特性を持つ利用者が混在しているため、けが等を避けるために、利用する曜日の調整に苦心している。そのことへの配慮の一つとして、寒くない時期には廊下も使って支援するなど、可能な限りの工夫を行うように努めている。 ・自らの保護者との信頼関係の構築は、今後の課題と考えている。 ・管理者は、事業所独自の研修を充実させる必要があるため、そのための取り組みを強化したいと考えている。 	

【13】Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	a
	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) 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"> ・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ていない。 ・開設時に職員体制が充実していたことから、現在は退職者があっても補充は行わず、一方で利用者は増えているため職員の負担感があり、管理者は苦慮している。そのため、時間帯によっては放課後等デイサービスの職員や看護師に補助に入ってもらうように調整している。 ・利用者や職員の状況を観察し、意見を聞きながら必要な備品購入(例：利用者の食事用の長机)をするなど、業務改善に努めている。 	

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

【14】Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それに基づいた取組が実施されている。	b
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それに基づいた取組が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 9.1% b) 54.5% c) 36.4% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、採用には苦慮している。なお、今年度からは嘱託職員Aには処遇改善として賞与を支給している。 ・当事業所を開設した2022(令和4)年4月の職員配置に際しては、ほぼ法人内の他の事業所から異動した職員を充てた。開設時は職員体制が充実していたため、退職者があっても補充はしていない一方で、1年目は利用者が少なく、2年目を迎えて少しずつ増やしてきたこともあって、職員の負担感は増している側面がある。 ・職員体制は、基本的には報酬加算の条件を勘案して整備する方針であるが、職員の状況は経営会議や法人内の同様の事業所による事業種別会議などでも共有している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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9.1%であった。より具体的には「計画に基づいた人材の確保や育成が実施されている」など、ほぼ全項目で肯定的な回答の割合は非常に低かった。多くの職員が取り組みが十分ではないと考えていることから、その対応が求められる。 	

【15】Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。		評価
判断基準	a) 総合的な人事管理を実施している。	b
	b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。	
	c) 総合的な人事管理を実施していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 27.3% b) 54.5% c) 9.1% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 ・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ほか、法人のブランドブックに「期待する職員像」を明示して職員に配布している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として人事管理のしくみを整備しているものの、職員自己評価では、上記の通りに「a」評価が27.3%で、より具体的には「人事基準の職員等への周知」など、ほぼ全項目で肯定的な回答の割合は非常に低かった。多くの職員が取り組みが十分ではないと考えていることから、そのことへの対応が求められる。 ・ここ数年、職制の見直しや専門職の増加などの変化に対して「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。実情に応じた改善を行うことを期待する。 	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

【16】Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		評価
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。	b
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 36.4% b) 54.5% c) 9.1% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は勤怠管理を電子化し、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できている。 ・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)におけるクムパートナーとの日常的なやりとりのほか、人事考課面接があり、それらの際に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についても整備している。 ・法人は、毎年度「職員満足度調査」を実施し、エリアごとに調査結果がフィードバックされている。 ・福利厚生制度については、ソウエルクラブ(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設置している。 ・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。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として職員の意向把握や働きやすい職場づくりを目指すためのしくみを整備しているが、当事業所でも、働きやすい職場づくりは特に重要な課題として位置づけて取り組んでいる。 ・管理者は、当事業所の場合は、特に少人数の職員によるワンフロアにおける支援であるため、例えば職員同士のコミュニケーションのあり方も課題の一つとなると感じている。そのため、働きやすい職場づくりのため、職員の個々の意向や悩みなどにどのように対応するかについて苦慮している。 ・職員の意向の丁寧な把握と改善に向けた取り組みを行うことを期待する。 	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

【17】Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。	b
	b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。	
	c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 81.8% b) 18.2% 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"> ・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。 ・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、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。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として目標管理のしくみを整えているが、ここ数年、職制の見直しや専門職の増加などの変化に対して「キャリアパスしくみ」の変更が追いついていない状況がある。実情に応じた改善を行うことを期待する。 	

【18】Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	
	c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 81.8% b) 18.2% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は「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。 ・職員研修体系については、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」によって取り組んでいる。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)を任命して社会人・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。 ・法人は、昨年度「支援のあり方ブック」(クムレソッド)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、発達の道筋などの取り組みをまとめて全職員に配布した。 ・当事業所を含む「おうちだ」の各事業に共通の「おうちだ研修計画」を作成し、感染症(感染症委員会が所管)、救急法などの全職員対象の研修のほか、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実施している。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できるようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は「おうちだ」全体として実施する研修計画だけでは不十分であり、事業所独自の研修が必要であると考えている。 ・職場内研修の時間の確保も課題となっていることも踏まえつつ、当事業所の現状と職員の研修ニーズに応じた研修計画の策定およびその着実な実施を進めるよう期待する。 	

【19】Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	b
	b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 54.5% b) 45.5% 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"> ・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。当事業所でも、全職員に対してそれぞれパートナーをつけている。また、新人職員に対しては、クムパートナーが法人の定める「OJTチェックリスト」に沿って個別的に指導している。 ・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ついては、動画視聴によって必要な研修が受講できるように配慮している。 ・業務に必要な資格の取得を奨励し、受験費用や資格更新費用の助成を行っている。 ・当事業所では、行政や医療機関などの外部研修に関する情報は職員にメールで周知し、主にサービス管理責任者が参加者を選んでいる。参加した職員は、文書で復命するとともに、終礼の機会に自発的に報告している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人によって、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「外部研修に関する情報提供と参加の奨励」に関して肯定的な回答の割合は18.2%にとどまり、また「職員一人ひとりが教育・研修の場に参加できるようにする配慮」も27.3%であった。 ・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、事業所としてより丁寧な把握を行い、その結果に基づく研修の機会づくりを行うことを期待する。 	

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

【20】Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・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) 90.9% b) 0.0% c) 9.1% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所単体では実習生の受け入れは行っていない。しかし「おうちだ」内の全事業所として社会福祉士や精神保健福祉士の実習生を受け入れている。そのなかで、当事業所は社会福祉士の実習プログラムの一部を担当している。 ・同じ建物内の生活介護の事業所に実習指導者がいるので、当事業所は「おうちだ」内および養成校との諸調整を行っている。 ・養成校から、次年度は当事業所の単体での受け入れ要請があり、現在検討を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生の受け入れは、福祉事業所における将来の専門職を養成するという意味で重要な取り組みである。 ・「おうちだ」内の事業所として、他の事業所とも連携しながら、実習生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、より積極的な受け入れ体制の整備を進めることを期待する。 	

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) 72.7% b) 27.3% 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"> ・電子情報による情報公開について、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)によって情報を発信している。ホームページは、2023年12月に抜本的に刷新し、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)などの項目に分類し、公表している。 ・当事業所では担当者を定めSNS(インスタグラム)で行事のことを中心に月1回の更新に努めている。 ・印刷物としては、法人の広報誌『くもすだより ふれあい』を年3~4回発行(約1,000部)発行し、利用者などに配布している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・法人においても、当事業所においても、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。 ・適切な情報公開に関して、さらなる取り組みの強化を図ることを期待する。 	

【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) 72.7% b) 18.2% c) 9.1% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、経理上の基準を定めている。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するなど、適切な経理事務の実施に努めている。 ・上記の各規程は「規程集」としてファイルに綴じ込み、事務所内に置いている。職員は、必要な場合にそのファイルを閲覧し、内容を確認することができる。 ・物品購入に関する権限は、事業所は5万円以内である。それを超える場合には、法人に稟議を回すことが必要であり、30万円を超える場合は役員会の了承を必要とするルールである。 ・法人は、必要に応じて顧問弁護士から専門的な支援を受けている。 	

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

【23】Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	b
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 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"> ・自動車以外出する取り組みが週1回、買い物外出は月1回程度行っている。職員体制上、集団の対応となっている。 ・歯科医師の往診を月1回行っている。 ・利用者によっては、訪問することによって理美容院を利用したり、移動支援サービスを利用して理美容室に出かける利用者もいる。 ・近隣住民の協力を得て、地域の畑の収穫作業や古紙回収の取り組みが始まっている。 ・おうちだ全体の取り組みとして、地域住民も参加する炊き出し訓練の実施(防災マルシェ)のほか、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)などに取り組んでおり、一部の利用者が店番などの役割で参加する場合がある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開設2年目を迎えて、地域との関係が少しずつ広がってきているが、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、その取り組みのさらなる強化を図ることを期待する。 	

【24】Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		評価
判断基準	a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	b
	b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 81.8% b) 9.1% c) 0.0% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では「くもしいいきポイント」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、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ポイント制度を行っている。当事業所を含む「おうちだ」も、そのボランティア受け入れ事業所の一つになっている。 ・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。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人によるボランティア受け入れ事業所の一つに位置づけられてはいるものの、「おうちだ」全体でもイベントなどの単発的な活動が中心であり、それ以外のボランティアの受け入れ実績はほぼない。 ・当事業所においてボランティアをどのように位置づけ、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。ボランティア受け入れに関する方針の検討を行うことを期待する。 	

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

【25】Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		評価
判断基準	a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。	b
	b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。	
	c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 72.7% b) 18.2% c) 0.0% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所と関係する機関は、相談支援事業所、他の生活介護事業所、学校、医療機関、訪問看護事業所などである。 ・日中一時支援事業所とは必要に応じて会議を開催し、そこには管理者とサービス管理責任者が参加している。 ・一部の利用者は、併用している他の事業所と「連絡ノート」を共有して使用し、情報共有を図っている。また、介護記録システム「ケアコラボ」を他法人の事業所と共有している利用者もいる。 ・これらの関係機関とのかかわりは、個々の利用者の支援に関する検討や職員会議のなかで必要に応じて共有されている。 ・2023年度に初めて市内の生活介護事業所による会議が開かれ、当事業所も参加し、情報交換を始めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新たに市内の生活介護事業所の会議に参加することにより、関係機関との連携がより広がる契機となることが期待されている。 ・法人の内外を問わず、社会資源の新たな開発と連携強化に向けたさらなる取り組みを行うことを期待する。 	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

【26】Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。		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) 81.8% b) 18.2% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の方針として、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。 ・法人の「エリア長会議」で各エリアの地域貢献活動の取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。 ・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)などにのほか、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。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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」の発足時には「おうちだ街づくり隊」の取組みなどにより、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」の取組みは事実上は休止し、諸活動につ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。 ・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組みの充実を期待する。 	

【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) 81.8% b) 18.2% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人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む、法人の「エリア長会議」で各エリアの地域貢献活動の取組み状況について共有している。 ・岡山エリア(おうちだ)では「地域推進プロジェクト」を隔月開催し、エリア内における地域貢献活動の進捗状況を共有している。 ・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)のほか各事業所で役割分担し、生活介護事業所である当事業所では「古紙回収」や「フレイル体操」に、日中サービス支援型グループホームでは「多目的ホールの貸出し」や「地域清掃への参加」に、児童発達支援/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)などに取り組んでいる。 ・上記のほか、建物内のコミュニティルーム、スヌーズレンルームの貸し出しを行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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、活動の多くは事業所の敷地内や建物内の催しに地域住民の参加を促す取組みにとどまっている。また、地域の自主防災組織との連携も課題となっている。 ・今後、岡山エリア(おうちだ)全体として、地域とどのような関係を構築していくのかについて検討する必要がある。。継続的な地域への働きかけなども含め、さらに積極的な活動を実施することを期待する。 	

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-1(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

【28】Ⅲ-1-1(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解を持つための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。	b
	b) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 81.8% b) 18.2% 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"> ・利用者尊重の姿勢を基本とするための取り組みとして、法人では、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」を伝えている。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を対象とする研修会を実施し、職員間の意見交換の機会としている。 ・おうちだの「岡山エリア」としては、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、職員会議では『クムレ10の心得』を唱和し、各職員の支援について気になったことなどを話題にしている。また、個別支援計画の作成時においても、人権や身体拘束について話す機会を意識的につくり、話し合いの結果を計画に反映させている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの標準的な実施方法や業務マニュアル「職務遂行要領書」の作成は、取り組みを開始したところであり、今後の取り組みのなかで利用者尊重の視点を明示した内容になることを期待する。 ・また、職員会議への参加は常勤職員のみであることから、非常勤職員が理解を深めるための機会を確実ににつくっていく取り組みが求められている。 	

【29】Ⅲ-1-1(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		評価
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
	b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。	
	c) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 90.9% b) 9.1% 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"> ・法人として「個人情報保護規程」を定めて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には「守秘義務について」との項目を設けている。また「ご利用案内」にも個人情報の取り扱いについて記載し、利用契約時に配布して説明している。 ・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である介護記録システム「ケアコラボ」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。 ・活動の場に設置しているトイレにおける利用者の介助や入浴介助には、プライバシー保護の観点から、ドアの開閉を励行するとともに、目隠しの衝立を活用している。 ・男性職員は1名のみ配置であるため、男性利用者においては同姓介助の実施が困難なことがある。その場合は、本人の意向を尋ね、職員を指定してもらうようにしている。 <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プライバシー保護に焦点を当てた「規程」はない。「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行うための取り組みを期待する。 ・同姓介助については規程ではなく、また現状は男性職員は非常勤職員1名のみ配置であり、取り組みは難しい。至急の検討を行う必要がある。 	

Ⅲ－１－（２）福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。

【30】Ⅲ－１－（２）－① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		評価
判断基準	a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	a
	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) 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"> ・事業所の情報は、法人のホームページやSNSで発信している。SNSの担当者は、活動の様子を月1回は発信できるように努めている。 ・事業所単独のリーフレットを作成し、支援の方針、サービス内容、定員、日課等を説明している。また、支援の特徴を写真とともに短いコメントで紹介している。リーフレットは、利用者の主な経路である特別支援学校や相談支援事業所に配布している。 ・特別支援学校の進路選択のための事業所紹介の場に参加し、当事業所における活動の様子を紹介している。肢体不自由児の支援学校と、知的障害の支援学校の両方から招待され、参加している。支援学校の教員の見学や生徒の見学・実習を受け入れている。 ・見学の際は、利用者本人と家族に来てもらい、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。活動にも参加してもらい、事業所の環境になじめそうかなどについて確認している。 	

【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) 90.9% b) 9.1% 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"> ・利用開始前に契約面談を行い、重要事項説明書と「利用の案内」を使用して、サービス内容、利用料、緊急時の対応などの重要事項や、実際に利用するにあたっての利用日、送迎、連絡のやり取りに関する事項などについて説明している。 ・契約面談は、管理者およびサービス管理責任者が担当している。重要事項説明書の内容は、利用者本人にはわかりにくいので、家族のみの面談を行っている。利用者の入所に関する同意は、見学時の活動への参加の様子から確認している。毎年、契約更新の手続きを行っている。 ・利用開始までに、家族、相談支援事業所、学校、関係機関などから利用者に関する情報を得て、利用者が安心できる対応を行うように努めている。利用者の状況に応じて「半日から」あるいは「週1日から」というように、慣れるまでは柔軟に対応している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約面談に利用者本人は参加していない。 ・契約の主体は利用者本人であることに鑑み、利用者本人同席のもと、わかりやすい説明ができるように工夫することを期待する。 	

【32】Ⅲ－１－（２）－③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に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。	b
	b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等に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) 81.8% b) 18.2% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・開設してまだ間がなく、サービスを終了した利用者は少ないが、利用者の状況に応じて、相談支援事業所につなぐほか、市役所ケースワーカーが主催する「ケース会議」に参加し、これまでの支援の状況を説明して継続性が図れるよう努めている。また、必要に応じて、引き継ぎ書を作成し、移行先の事業所に送付している。</p> <p>■ 改善課題 ・サービスを終了した利用者は少ないが、引き継ぎに関する手順書を整備するなど、利用者ごとの支援の引き継ぎに関しても、利用者にとってよりよい支援が継続できるように取り組むことを期待する。</p>	

Ⅲ－１－（３） 利用者満足の上昇に努めている。

【33】Ⅲ－１－（３）－① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者満足度を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	b
	b) 利用者満足度を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足度を把握するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 72.7% b) 27.3% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・利用者・保護者の満足度を把握するための方法として、制度上で定められているアンケート調査を年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。 ・アンケート調査の結果はサービス管理責任者がまとめ、よい点は継続し、不満は改善することを方針として職員会議で検討している。また、ハード面に関する改善点は、事業として改善できる予算の範囲を超えた場合にはエリア長に報告し、さらに法人に報告するようにしている。</p> <p>■ 改善課題 ・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23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った。しかし、設備面に関する項目については「はい」の肯定的な回答率は64.7%と他の項目と比較すると低率であり、具体的な改善点もコメントとして記載されている。取り組みを期待する。 ・職員自己評価では、5項目の着眼点のなかで「利用者満足度調査の実施」の項目は7割台の肯定的回答率であったが、一方で「家族会などの設置」や「利用者・家族の参加のもとでの検討の機会」「分析・検討の結果に基づく具体的な改善」などについては3割台の肯定的回答率である。改善に向けた取り組みを期待する。 ・第三者評価のアンケート調査に寄せられた意見・要望などを事業所として取り上げ、サービスの提供に活かしていく取り組みを行うこと、また利用者への結果の報告や公開などの方法についてもさらに検討することを期待する。</p>	

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) 81.8% b) 18.2% 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"> ・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、行政等の相談窓口のほか、第三者委員についても「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。また、意見箱を設置している。今回の利用者(保護者)アンケート調査では、約9割が役所や第三委員の役割を理解している。これまでに、第三者委員に対して保護者が直接苦情を述べたという経緯もあり、その対応も行っている。 ・受け付けた苦情は、受付記録である「意見・苦情・要望シート」を活用して結果報告書を作成・保管するとともに、エリア長会議にも苦情を報告し、情報共有している。 ・保護者からの苦情は、送迎時に直接職員に話す利用者もいるし、また記録ソフトである介護記録システム「ケアコラボ」を通じて寄せられることもある。いずれの方法による把握であっても即座に検討を行うとともに職員間で共有し、改善に向けた取り組みに活用している。 ・苦情・意見などを寄せた利用者・保護者に対しては直接に回答を行うとともに、毎月発行している『おうちだより』にも、2023年度から「ヒヤリはっど・事故・意見苦情要望についての報告」の欄を設け、概要と対応を掲載して伝えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第三者委員の位置づけや、その活用について、当事業所では未検討ではあるが、苦情受付・改善の制度のみの活用にとどまらない観点からの検討を今後期待する。 ・苦情解決の結果の公表は、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ため重要な取り組みである。法人の方針として「事業報告書」や「ホームページ」等に苦情解決結果の公表を行うことについて、今後の検討を行うことを期待する。 ・本評価細目については、苦情解決状況の公表を行っていない場合は「c」と評価するとしている。 	

【35】Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		評価
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者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) 72.7% b) 27.3% 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"> ・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。 ・利用者・保護者が相談したり、意見を言いやすい機会は、送迎時や送り出しのときが多い。また、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ている。 ・個別計画策定時に、サービス管理責任者は、保護者との面談を行っている。また、家庭状況などの把握が必要であると判断した場合には、家庭訪問という方法により、保護者が相談したり、意見を言いやすい環境を設定するようにしている。 <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保護者からの相談内容により、個室である「面談室」を利用している。 ・一方、職員自己評価では「利用者の活動の場は1室のみであり、他の利用者への配慮から、気軽に相談や意見を言いやすい環境ではない」という意見がある。検討を期待する。 	

【36】Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。		評価
判断基準	a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。	b
	b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、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) 90.9% b) 0.0% c) 0.0% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの相談への対応では、職員の担当制を導入し、保護者からの相談や意見は、電話、介護記録システム「ケアコラボ」、個別面談など、さまざまな場面で受けられるようにしている。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。 ・相談を受けた際には、内容によって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を検討した上で、保護者に伝えている。なお、相談等を受け付けた内容については記録を行っている。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。 ・苦情、事故・ヒヤリハットは「エリア会議」に報告し、同じ建物で活動する2つの事業所（日中サービス支援型グループホーム、児童発達支援／放課後等デイサービス）で発生した事象についても職員会議に報告して共有し、参考にしていく。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業体制から、職員間の意見交換などは迅速に進めているが、相談対応マニュアルの整備はない。 ・また「苦情解決第三者委員規定」「苦情解決規定」はあるが、現場で活用できるような「苦情解決マニュアル」はない。検討を期待する。 	

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

【37】Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。		評価
判断基準	a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。	b
	b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。	
	c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 90.9% b) 9.1% 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"> ・岡山エリア（おうちだ）として「リスクマネジメント委員会」を設置して毎月開催している。この委員会では各事業所内で発生した事故の要因分析・再発防止策を検討し、各事業所に報告して事業所ごとでは職員に報告している。また、リスクマネジメントの視点から、職員として取り組むべき課題を「毎月スローガン」として明文化し、社内掲示板で全職員に伝えている。 ・当事業所では、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で検討し、再発防止策を検討して介護記録システム「ケアコラボ」を活用して発信・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」「ヒヤリはつと発生処理報告書」への記載を行う。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、介護記録システム「ケアコラボ」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。 ・交通事故に関しては「交通事故安全委員会」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。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する事故は、けが等が多い。その要因として、活動室が狭いことやパニック発生時の対応が不十分であることなどがあげられている。随時に適切な対応に取り組んでいるが、環境による影響とその対策については、より確実な取り組みができるよう改善に取り組むことを期待する。 ・職員自己評価では「安全確保・事故防止に関する研修への取り組み」の項目の肯定的な回答率は5割を切る。参考となる事例の収集や視察を行うなど、具体的な取り組みに基づいて、事故予防・事故対策のしぐみの充実を図ることを期待する。 	

【38】Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。	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) 90.9% b) 9.1% 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"> ・法人として感染症BCPを策定している。また「感染症マニュアル(BCP)2022年」を策定し、責任と役割を明確にした管理体制が敷かれている。法人の「看護師会」が主催する「感染症に関する研修」も全職員を対象に実施している。さらに、岡山エリア(おうちだ)として、看護師が担当する「感染症委員会」を毎月開催し、年3～5回実施する「救急法の研修」や事業所として「アレルギー研修」にも取り組んでいる。 ・入居事業者と通所事業所の双方を対象とした「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について記載し、活用できるようにしている。 ・医務室には「感染症対策セット」を常備し、感染症発生時に職員が防護服で対応できるようにするなど、事業所としてさまざまな感染症の拡大防止策を講じている。 ・利用者ごとに「ヘルプカード」を作成し、障害・疾患名、かかりつけの病院、服薬、アレルギーのほか、食事・排泄などについて配慮してほしいこと、避難時に配慮してほしいことなどを記載している。それらの記載内容は年1回は見直すこと、持参すること、そして災害時のBCPとしても活用することを決めていく。 ・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・助言を受けやすい環境である。 	

【39】Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		評価
判断基準	a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
	b) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 90.9% b) 9.1% 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"> ・災害時対策は、岡山エリアの「防災(BCP)委員会」が、地域とも防災・避難訓練を実施することについて確認するとともに、適切なアドバイスを得て、必要書類(BCPやマニュアル)の作成と状況についての確認を行っている。 ・災害発生時の対応体制は、複数のICTを活用し、職員や保護者に迅速に連絡するとともに避難指示がすぐ出せるようにし、毎月あらゆる災害を想定した避難訓練をしている。 ・非常災害時用の食料や飲料水の備蓄を行い、事業所内の倉庫に保管している。また「おうちだ」の建物内には、災害避難所(福祉避難所)としての活用を目的とした地域交流スペースがあり、そこには食料やAEDなどの災害発生時に必要な備蓄品が保管されている。また、当事業所には消防車が来ることもある。 ・当事業所では、毎年9月1日の「防災の日」に、敷地内で「防災マルシェ」を開催している。マルシェには職員と利用者のほか、地域の人たちも参加し、防災訓練や炊き出しなどに取り組んでいる。 ・非常時の持ち出し用として「ヘルプカード」とともに3日間分の服薬もセットして保管しておき、災害発生時などに備えている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・BCPは作成しているが、当事業所の特性を踏まえた確実な取り組みの検討にはまだ至っていないことを課題としているため、今後において取り組む意向である。 ・立地条件から、災害の影響を把握した取り組みに関しても不十分であるとしている。計画的な取り組みを期待する。 	

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

Ⅲ－２－（１） 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

【40】Ⅲ－２－（１）－① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。		評価
判断基準	a) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいた福祉サービスが実施されている。	b
	b) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 90.9% b) 9.1% c) 0.0% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・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、災害対応等のリスクマネジメントに関するマニュアル、虐待防止対策マニュアルや身体拘束ガイドラインがある。いずれも、制度上で作成する必要があるとされているものである。</p> <p>■ 改善課題 ・支援に関する「業務マニュアル」は「職務遂行要領書」として作成する予定であり、サービス管理責任者が中心となって取り組みを開始している。当事業所は経験豊富な職員によって構成されているので、全職員の経験知を活用した「マニュアル・標準化」の項目づくりを進め、それぞれの内容を的確に文書化していくことを期待する。また、その活用についても、計画的に取り組むことを期待する。 ・なお、職員自己評価では、職員の意見からは「標準的な実施方法」を「個別支援計画の作成とその実施」として判断して自己評価を行ったことがうかがわれる結果であった。</p>	

【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) 72.7% b) 18.2% c) 9.1% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況／改善課題 ・日常的な支援内容に関しては、夕礼や職員会議で検討し、意見交換しながら常に改善に取り組んでいる。 ・「職務遂行要領書」を作成して活用する必要がある。その際には、職員の経験知を最大限に活用し、また常に改善・見直しを行うことを期待する。また、見直しの時期は、制度上の変更や法人の方向性も取り入れて計画的に取り組めることを期待する。 ・職員自己評価では、職員の意見からは「標準的な実施方法」を「個別支援計画の作成とその実施」として判断したことがうかがわれる結果であった。</p>	

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) 90.9% b) 9.1% 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"> ・アセスメントを行うにあたっては、法人内の障害者福祉サービスの提供事業所間で統一したアセスメントシートを活用している。アセスメントによって、利用者の身体機能、ADL、健康、コミュニケーションなど、全体的な状況を確認するようにしている。なお、利用者・家族、関係機関からも聞き取りを行い、利用者に関する情報を整理している。 ・現状のアセスメントシートは、障害区分認定項目を基本としているものであり、利用者の興味・関心やストレンクスなどを見出すことは難しい。日中活動の場を提供する当事業所にとっては、利用者の興味・関心やトレンクスに着目した利用者の情報は支援の提供に欠かせないものである。そのため、法人内のサービス管理責任者間で、利用者のストレンク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。 ・利用者本人の要望は、言語表出ができる利用者については面談を行い、それが難しい利用者に関しては、日頃の関わりのなかから情報を集めている。また、家族から要望書を提出してもらい、それらを総合して個別支援計画を作成している。 ・看護師は、入所前の面談から同席し、健康に関するアセスメントを実施するとともに、利用者の状況に応じて「医療手順書」を作成している。また、言語聴覚士(ST)は、法人の栄養士の協力も得て栄養アセスメントを行い、その結果を個別支援計画に反映させている。 ・各職員は利用者5～6名を担当し、集団生活のなかで過ごす様子などからアセスメントを行い、個別支援会議で取りまとめ、サービス管理責任者が整理して個別支援計画を作成する流れとしている。 	

【43】Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画について、実施状況の評価と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) 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"> ・個別支援計画は、6カ月ごとにモニタリングし、見直している。 ・言語表出ができる利用者に対しては面談で、それが難しい利用者の場合は支援実施時の様子などから本人の意向を判断・把握している。また、家族から要望書を提出してもらい、その内容等に基づいて個別面談も実施している。 ・個別支援計画の評価を行い、要望書を提出している。 ・担当職員がモニタリングの状況をまとめ、全職員による個別支援会議で検討した上で、サービス管理責任者がモニタリング書を作成している。 ・利用者に病気・けが、筋力低下、生活状況の変化などの急な変化があるときには、担当職員とサービス管理責任者が新たな個別支援計画を作成し、情報共有システム(介護記録システム「ケアコラボ」)や朝礼などの場で、職員全体への周知を図っている。 ・なお、個別支援計画作成とその見直しについての手順書は作成されていない。適切な実施を期するためにも、早期に手順書の作成に取り組むことを期待する。 	

Ⅲ－２－（３） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

【44】Ⅲ－２－（３）－① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	b
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画（個別支援計画）の実施状況が記録されているか、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) 81.8% b) 18.2% 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"> ・日々の支援や子どもの状況については、介護記録システム「ケアコラボ」で記録している。個別支援計画の実施状況、利用者の様子や体調、起こった出来事などを記録している。記録の書き方については、現在マニュアルを作成中である。 ・家族に公開する記録は、担当職員とベテラン職員の双方の複数の目で確認してから送信している。 ・朝礼は、利用者と合同でその日の活動についての確認を行い、夕礼では利用者の状況の共有や支援の振り返りを行っている。申し送りノート、夕礼ノートで記録し、参加していない職員は介護記録システム「ケアコラボ」を活用して確認している。 ・月1回、常勤職員が参加する「職員会議」を開催しているので、参加者はその場でも利用者の状況について共有している。 ・法人の事業運営や事業所の業務に関することは、情報共有システムとして使用しているクラウド型グループウェア『WaWaOffice』で共有している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・記録は、常勤職員のみが行っている。非常勤職員はパソコンのIDを持たないため、記録を閲覧することによる利用者状況の確認が不十分な場合がある。 ・また、職員会議には非常勤職員が参加していないため、情報共有や意見交換が不十分になりがちである。支援の質の向上のためにも、常勤・非常勤の職員間も含めて情報共有するしくみを再検討することを期待する。 	

【45】Ⅲ－２－（３）－② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		評価
判断基準	a) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。	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) 81.8% b) 9.1% c) 9.1% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関する記録の取り扱い、法人の「個人情報保護管理規程」に基づいて行っている。利用者に関する記録の保管、保存、管理および情報の提供が規程に基づいて行われている。 ・法人の「ガバナンス委員会」が取りまとめ、適切に管理できるように努めている。なお「個人情報保護管理規程」の内容は毎年見直し、入職時の研修で説明している。 ・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を行い、利用者・家族からは「情報提供・開示に関する同意書」「写真の取り扱いについて」の文書で同意を得ている。 ・なお、記録の管理に関する責任者について、職員間の認識が十分ではない。事務分掌を明確にし、役割と責任について職員全体の共有を早急に図ることを期待する。 	

●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。	a
	b) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っていない。	
<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"> ・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、毎年法人の全職員を対象とした「人権研修」で確認している。当事業所でも、クムレメソッドを活動の軸に据えた支援の充実を目指している。 ・日課のなかに自己選択活動の時間を取り入れている。また、レクリエーションなどの集団による活動は、毎月の活動計画を作成する際に、利用者の希望を聞く場面を用意している。活動場面でも、例えば、音楽活動では、何の楽器を使いたいか、目の前に提示して選んでもらったり、排泄介助の際には「行きますか」と確認したり、行動の決定を利用者に委ねるようにしている。 ・できる限り、利用者一人ひとりの強みを生かした支援を心がけ、先回りせず、利用者の行動を待つ姿勢を持つことを心がけている。日々の支援はタレで振り返り、職員は互いのかかわり方について意見を述べ合い、クムレメソッドに沿っているかなども確認している。 ・自己決定のためには、コミュニケーションのアセスメントが重要と考えていることから、アセスメントに基づいたかかわりを行うように努めている。 		

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) 81.8% b) 0.0% c) 18.2% 無回答) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の人権研修が全職員対象に年1回行われている。2023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のグループ討議などを行っている。 ・また、岡山エリアの「人権倫理委員会」では、身体拘束について「なくす、減らす」を目的に、月1回の会議を行っている。身体拘束が必要な利用者については「切迫性」「代替性」「一時性」の3つの原則を確認し、その対応を利用者・家族に説明した上で同意を得ている。また、実施する際には介護記録システム「ケアコラボ」により記録している。身体拘束については、毎月の職員会議の検討事項であり、職員間で状況について共有するとともに、拘束を減らすための検討を行っている。 ・情緒が不安定で、利用者自身や他の利用者に危険が及ぶことが予想される場合には、その場の職員で「クールダウンスペース」の活用などを協議し、随時に行うようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は、排泄、入浴などの身体的な介助を必要とする男性利用者がサービスを受けているにもかかわらず、男性職員は1名のみであり、敷地内の共同生活援助に応援要請する場合もあるが、女性職員が対応している場面がある。異性介助については利用者本人の意思確認が難しいことも考えると、同性介助に対応できる職員を配置することを期待する。 ・利用者の安全確保のために、やむを得ない身体拘束については、必要な手続きを踏み、適正化に向けて取り組んでいる。身体拘束ゼロに向けて、さらなる取り組みを行うことを期待する。また、利用者が自身の権利について理解して、自ら「ノー」と発信できる環境づくりを行う取り組みも重要である。利用者にとってわかりやすい学びの場の設定は難しいが、今後の取り組みを期待する。 ・岡山県の評価基準では、利用者の尊重と権利擁護は、その重要性に鑑みて、取り組みが十分ではない場合には「c」評価とするとしている。 	

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。	a
	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) 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"> ・毎年、法人の支援観である「自立、尊厳、ハビリテーション」を全職員対象の人権研修で確認している。 ・当事業所では、利用者が親から離れて「自立」して集団生活を送るようになることを前提に「一人で時間を過ごせること」を目指し、支援を行っている。個別選択の時間は、利用者の好きなこと、得意なこと、これまで経験してきたことを、利用者は職員に見守られている環境のなかでまず行ってみるとい取り組みを行っている。 ・また、食事、排泄、着脱などの身の回りのことや、集団活動での取り組みなど、利用者が自分でできることは少しでも自分で行うことができるように、個別支援マニュアルに基づいて、職員は見守りの姿勢で個々の支援に取り組んでいる。 ・親から離れた生活経験を増やしていくために、短期入所の利用についても、利用者本人や家族に対して情報提供している。 	

【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。	a
	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) 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"> ・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」など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、その結果に応じた利用者ごとの支援方法を検討している。また、具体的な方法については、家族からも情報を得るようにしている。 ・具体的には、言語、文字、指文字、絵カード、写真カード、実物、視線、表情、タブレット型コンピュータなどを活用して、利用者一人ひとりに応じて職員が対応できるようにしている。 ・対応についての利用者の状況は、介護記録システム「ケアコラボ」に記録し、その様子から、さらに工夫できるように努めている。 ・なお、コミュニケーションツールの開発は、日々進んでいる。現状に満足せず、事業所としてもさらに新たなコミュニケーションツールの活用に取り組むことを期待する。 	

【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。	a
	b) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っていない。	
<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 81.8% b) 18.2% 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"> ・言語表出が難しい利用者も多いが、利用者が行動として職員に近づいてきたり、あるいは不適切な行動が出ているときなどには、利用者が何か訴えたいことや困っていることがある場合が多いので、職員は声をかけたり、様子を見て、支援の見直しを検討するなどの対応を心がけている。活動の合間や昼休みなどの自由な時間帯には、利用者が職員に声をかけやすいような環境づくりに努めている。 ・家族からの相談は、送迎時や介護記録システム「ケアコラボ」を通じて受け取ることが多い。その場で対応できない内容については、職員は事業所に持ち帰り、サービス管理責任者や管理者に相談し、内容によっては夕礼の場などで職員全体で検討し、対応できるようにしている。 ・なお、職員自己評価では「利用者本人からの相談については十分に対応できていない」との意見もあった。利用者とのコミュニケーション方法の開発も含めて、さらなる取り組みを行うことを期待する。 		

【A6】A-2-(1)-④ 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。	a
	b) 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 90.9% b) 9.1% 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"> ・活動プログラムは、季節の行事を取り入れた年間計画と、週間援助計画に基づいて実施している。週間援助計画は、職員が持ち回りで、利用者の意見を聞きながら作成している。担当した職員は、利用者が楽しめるもの、利用者に関心を広げられるもの、社会経験を広げられるものなどを取り入れられるように考慮している。 ・散歩、ドライブ、音楽療法、季節の製作、花壇への水やり、古紙回収、ボウリングなど、利用者はさまざまな活動に取り組んでいる。 ・利用者の家族からの要望として出されていた「働く時間」「人の役に立つ活動」「身体を使う活動」などについては、地域の高齢者宅の古紙回収に取り組んでいる。 ・毎月の『事業所だより』で、プログラムを利用者に知らせている。 ・午前・午後の活動のどこかには、必ずその日に参加する利用者の個別支援計画の取り組みが実施できるようにしている。 ・週1～5日まで、一人ひとりの利用日の設定は幅広い。他の生活介護や日中一時支援事業所などを利用者のうちの4分の3が併用している。利用者の障害特性を踏まえて、安全・安心に通所できるように利用日を調整している。 ・利用者の自宅までの車椅子対応も含めて、当事業所では利用者の送迎を行っている。送迎の車内において医療的ケアが必要な利用者の場合には、看護師が付き添うようにしている。 ・なお、利用者の社会経験を広げたり、働く活動を取り入れるなどの視点もあるが、仲間と交流し、社会のなかで自分の役割を果たしながら自己のアイデンティティを形成していくという青年期・成人期の発達課題を踏まえて、当事業所としてさらなる取り組みを行うことを期待する。 	

【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) 81.8% b) 18.2% 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"> ・職員は、社会福祉士、介護福祉士、看護師、言語聴覚士などの有資格者が大半を占め、強度行動障害支援者養成研修には全員が参加している。また、発達障害や身体介護の基礎知識などの自己研鑽ができるように、研修情報の提供を行っている。また、昼休みなどの時間を利用して、eラーニング研修にも参加できるように環境を整えている。 ・利用者一人ひとりの状況は違うため、終礼や職員会議でケースカンファレンスを行い、利用者の行動の理解と対応についての工夫に努めている。 ・利用者の状況に応じて視覚的にわかりやすく情報を伝えたり、スケジュールをホワイトボードで可視化し、利用者がいつでも確認できるようにしたり、情緒が不安定な場合のクールダウンスペースを確保するなど、支援の提供にあたって職員はさまざまな工夫をしている。 ・重症心身障害のある利用者については、車椅子を降りて身体を弛緩させることができるようにマットを使用したり、体操の時間を設けるなどして配慮している。 ・胃瘻、酸素モニター、気管切開、導尿などの医療的ケアがある利用者も通っているが、医療的ケアについては看護師が対応している。 ・利用者の障害は多様なため、安全・安心に活動できるように、当事業所では利用日の調整を行っている。 ・なお、今回の利用者（保護者）調査での結果では、関連項目について、否定的な意見もあった。今後はさらに職員一人ひとりが研鑽を積み、利用者それぞれの状況に応じた支援ができるように取り組むことを期待する。 	

A-2-(2) 日常的な生活支援

【A8】A-2-(2)-① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。	b
	b) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 90.9% b) 0.0% c) 0.0% 無回答) 9.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事の提供については、委託業者と「給食会議」を実施し、残食の状況や利用者からの希望メニューなどについて情報共有している。また、言語聴覚士が咀嚼や嚥下機能などの様子を確認し、食形態のアセスメントを行っている。そのアセスメントに基づいて、一口大、刻み、とろみ等の利用者に応じた食形態で食事を提供している。 ・食事の座席や介助の担当は、朝礼の際にホワイトボードに記載して共有し、利用者にも確認できるようにしている。座席は、利用者同士の相性や介助の度合いなどで一つのテーブルを囲むようにしているが、刺激が多いと落ち着かない利用者場合は個別で壁を向いたり、廊下にテーブルを出したり、利用者に応じた対応を工夫している。 ・入浴には、機械浴を希望する利用者のみに対応している。なお、できるだけ利用者には集団の活動に参加してもらえるように、入浴については午前の対応としている。 ・車椅子用トイレや静養室のベッドでの排泄支援を行っている。また「トイレに行きたい」という利用者の意思表示をサインや身振り等で共有し支援を行っている。 ・必要に応じて「個別支援マニュアル」を作成し、利用者に応じた支援に努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ほとんどが身の回りの支援を要する利用者である。必要に応じて、敷地内にある日中サービス支援型グループホームや児童発達支援／放課後等デイサービスの職員の協力を得ているが、同性介助を徹底することが難しい。入浴、排泄、着脱などの身体接触を伴う支援については、同性介助を基本とできるように取り組むことを期待する。 	

A-2-(3) 生活環境

【A9】A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。		評価
判断基準	a) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	b
	b) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されているが、十分ではない。	
	c) 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 63.6% b) 18.2% c) 0.0% 無回答) 18.2% であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・車椅子用のトイレ、機械浴室、静養室、相談室は、児童発達支援／放課後等デイサービスの事業所と共用している。 ・利用者の状況に応じて、座席の空間を広げる、壁に向ける、周囲の刺激から遮断するために衝立を使う、廊下や静養室を使うなどの工夫を行い、それぞれが安全に落ち着いて過ごせるようにしている。 ・車椅子から降りてリラックスすることができるように、マットやベッドが用意されている。 ・障害特性に応じて利用日を調整し、安全な環境になるように工夫している。 ・その日の利用者の顔ぶれに応じて、一人ひとりが安全・安心に過ごせるように座席や職員の配置をホワイトボードに記入し、必要な配慮については朝礼で確認して支援を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・活動室は15名定員の広さであるが、さまざまな感覚過敏を持つ強度行動障害のある利用者と、リクライニング式の車椅子を使用する重症心身障害の利用者が混在している上に、介助の職員も合わせると、十分な広さがあるとは言えない。情緒が不安定になった場合のクールダウンスペースである静養室も、児童発達支援／放課後等デイサービスの排泄介助で使用する場合もあり、自由に使えるわけではない。 ・浴室の介助では、着替え台から浴槽まで職員が利用者を抱えて運んでいるが、利用者の安全と職員の腰の負担を考慮すると、早急に改善を図る必要がある。 ・保護者からは「玄関の雨よけが不十分である」という意見も寄せられている。 ・利用者の安全やプライバシーを確保するとともに、職員の負担等も考慮して、現状の設備ででき得る限りの改善早急に図る必要がある。 	

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) 90.9% b) 9.1% 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"> ・法人の専門職の活用も図りながら利用者のアセスメントを実施し、リハビリテーション計画を立て、支援を実施している。 ・医療機関のリハビリテーションに通っている利用者についてはその様子を当事業所の職員が見学に行き、そこで医療機関からの助言を得て、活動のなかに取り入れるようにしている。 ・午前と午後に個別の時間があるが、その際にマッチング、手先、認知などの活動を取り入れている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練の要素をレクリエーションや活動のなかに取り入れていきたいと考えているが、事業所ではそれらの取り組みは不十分であると考えている。 ・利用者ごとの取り組みへの意欲を高め、一人ひとりの目標の持ち方などにも配慮して、活動の要素としてリハビリテーションが取り入れられるように取り組むことを期待する。 	

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) 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"> ・利用者の健康状態に関する情報は、当事業所への入所時に利用者・家族に確認している。 ・通所時には「連絡ノート」の健康調査表について確認し、到着時の体温・血圧などのバイタルサインの確認のほか、全身状況についても確認している。心配な点がある場合は、看護師に確認を求めている。なお、体調不良時に翌日に欠席するような場合は看護師が連絡して状況を把握し、必要に応じて助言を行っている。 ・医療的ケアがある利用者の場合は、看護師が送迎車に添乗している ・年1回の定期健康診断の受診を勧めている。結果については、家族から報告をもらい、疾患などの早期発見に努めている。 ・協力医療機関の医師が毎月訪問しているので、その際に服薬の状況や体調の変化などについて報告を行い、利用者の状況を医師にも把握してもらっている。コロナ禍では、換気や消毒の方法などについて、医師から具体的な助言を得ていた。緊急時には主治医にも連絡し、対応について助言を得ている。 ・感染症、救急法、アレルギーへの対応、薬についての職員研修も実施している。 	

【A12】A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。		評価
判断基準	a) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	b
	b) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されているが、十分ではない。	
	c) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 90.9% b) 9.1% 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"> ・現在は、吸引、吸入、注入、酸素モニター、導尿などの医療的ケアが必要な利用者が当事業所に通っている。医療的ケアへの対応は、送迎時も含め、看護師が行っている。入所時に主治医の意見書や保護者からの情報により、看護師が医療的ケアの手順書を作成している。 ・災害時の持ち出し医療情報は「ヘルプカード」として取りまとめている。災害用の予備薬も、3日間分を保管している。 ・てんかん発作が原因であるが、ヒヤリ事例などがある。てんかん発作の前兆については、家族から情報を得て職員間で共有し、周囲の利用者への危険などを回避できるように努めている。 ・薬への対応は、必要な利用者については入所時に「服薬依頼書」を提出してもらい、支援を行っている。利用者の到着後、看護師またはサービス管理責任者や管理者が、薬を「服薬ファイル」に入れたのち「服薬ボックス」に入れている。与薬時には声を出して読み上げ、複数名の職員で確認・チェックするようにしている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これまで、利用者の服薬支援に関するミスは少ないが、当事業所には服薬管理マニュアルがない。 ・事業所として服薬管理マニュアルの作成に取り組むことを期待する。 	

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) 72.7% b) 27.3% 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"> ・利用者がスーパーまで弁当を買いに行ったり、あるいは「きびきびマルシェ」に作品を出品して販売したり、古紙回収で地域の高齢者宅を訪問したり、当事業所ではさまざまな社会資源を活用し、利用者が地域で活動する取り組みを行うようにしている。地域の祭りや他の事業所のイベント等があれば、希望に応じて参加できるようにしている。 ・学習面については、個別の時間に、氏名や住所を書く練習をしている利用者もいる。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学習に関する活動について、現状では視野が狭い状況である。 ・学習では、利用者が自分の関心のある事項について調べたり、社会生活上のスキルを高めたりする視点も必要である。また、生涯学習の観点からも取り組みを広げていくことを期待する。 	

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

【A14】A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	a
	b) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 72.7% b) 27.3% 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"> ・親からの独立を目指し、短期入所の受け入れ先の情報収集と提供を行っている。 ・当事業所では外に出ていくことが難しい利用者も多いため、訪問診療、訪問看護、訪問歯科、訪問理美容、移動支援など、利用者の地域生活に必要な制度や資源について情報提供し、職員はそれらの利用についての調整を行っている。 ・生活のために必要な他のサービス利用については、相談支援専門員と連携して対応している。 ・他の生活介護の事業所を併用している利用者の場合は「連絡ノート」を共有したり、当事業所の支援経過記録システム(介護記録システム「ケアコラボ」)を導入してもらい、利用者が充実した地域生活が送れるように、連携して取り組むようにしている。 	

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

【A15】A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	b
	b) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、 a) 90.9% b) 9.1% 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"> ・家族とは、支援経過記録(介護記録システム「ケアコラボ」)を活用して情報共有や意見交換を行い、また家族からの相談にも応じている。 ・月1回「事業所だより」を発行し、当事業所の取り組みについて家族等に報告している。 ・当事業所には家族会はないので、家族同士が集まる機会はない。ただし、送迎時に顔を合わせる家族同士はつながりができてきている。 ・家族からの相談には、介護記録システム「ケアコラボ」や電話・面談などで対応している。また、家庭における取り組みの方法や、きょうだい・親などの介護の問題などの相談にも応じている。なお、利用者調査では、これら関連項目の肯定率は高い。 <p>■ 改善</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の利用者の平均年齢は若いため、今後はそれぞれのライフステージに応じて、さまざまな生活課題を抱えていくことが想定される。 ・その際に、家族同士の情報交換や支え合いは重要である。事業所内の家族会という視点にとどまらず、広く地域に目を向け、家族同士が交流できる場を発見したり、創設していくなどの取り組みを行うことを期待する。 	