

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：多機能型事業所コトノハ	種別：生活介護	
代表者：樋口 奉弘	定員（利用人数）：生活介護30名	
所在地：岡山県倉敷市栗坂12-2		
TEL：086-463-2200	ホームページ：https://www.cumre.or.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成19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：17名 非常勤職員：16名	
専門職員	介護福祉士：4名	
	看護師：1名	看護師：1名
	精神保健福祉士：2名	
	社会福祉士：4名	社会福祉士：1名
施設・設備の概要	事務室1室 作業室6室 相談室1室 スヌーズレンルーム1室 食堂（厨房含む）1室 浴室（機械浴）・更衣室1室	放課後デイサービス1室 居宅介護1室 ※火災設備（通報装置）あり

③ 理念・基本方針

<基本理念>

：ともに育ち ともに生きる

<基本方針>

：利用者満足の追求、集う人の幸せの追求、強くしなやかな組織づくり、地域貢献

④ 施設・事業所の特徴的な取組

●平成29年度より、利用者の多様なニーズに伴い、切れ目のない支援を行っていくために、多機能事業所（生活介護、放課後等デイサービス、居宅介護）として運営している。

●障がいのある人に対して、現在の生活から将来の生活を含めたトータルな視点で支援を行っていくため、「自立」「尊厳」「ハビリ」（持っている機能を生かしてさらに発展させる）の3つの支援の基本柱を軸として、利用者のその人らしい生活を実現するためのアセスメントの充実と利用者主体のサービスを優先に考える。

●児童期～成人期、高齢期まで、地域でその人らしく（自立と尊厳）生活が営めるように福祉サービスのみで頼るのではなく、地域で支える仕組みが必要である。

その一つとして地域や家族のボランティアの受け入れ（いきいきポイントも効果的に活用）や「栗の家（公益活動場）」を、当事業所として有効的に活用していく。地域の資源やイベント活動に積極的に参加し、活動や暮らしを充実させる。

福祉の担い手の確保として、中間就労や障がい者雇用も積極的に受け入れる。そのために、業務内容を明確（専門職としての業務と、誰もができる業務など）にして、誰もが自信をもって働ける仕組みをつくる。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年8月1日（契約日）～ 平成31年3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成25年度）

⑥ 総 評

◇特に評価の高い点

1. 研修体系が明確であり、法人が実施する研修が充実し、また当事業所としても独自の研修を実施している

法人は、研修メニューについては、「キャリアパス対応人事処遇制度」と一体的に推進するとし、法人の理念などに関する共有と実践から始まり、現場での実践力の獲得や新任職員向けの研修、階層別、事業種別・課題別専門研修など、全体を網羅した研修計画を策定している。研修内容により、法人が主催、各拠点が主催する研修があり、時期、研修内容、テキスト、研修担当者などが明示され、現場としては職員の参加に関し計画が立てやすい。正職員は「業務目標管理評価制度」によって一人ひとりの目標が定められ、その課題に応じて法人の諸研修を受講する。そして、研修計画の評価は、階層別研修は法人の横断的な委員会である「キャリアパス推進室」、専門研修や事業所研修については事業所として取組み、次年度に向け評価見直しをしている。

当事業所では、法人、拠点の研修制度を活用して、対象となる各職員を研修に参加させているほか、事業所独自に内部研修（毎月1回）を計画し、また外部研修への派遣も計画している。

新任職員には「クムパートナー制度」（マンツーマンの指導体制のしくみ）によって計画的にOJTを行っている。また、嘱託職員にも、年4回の研修の機会が用意されている。

外部研修については、SDS（自己啓発）を基本とし、研修情報を法人内で共有し、職員に周知して参加を呼びかけている。

このように、研修体系が明確であり、職員が参加できる体制を整え、職員の自己評価においても肯定率が高い。

2. 看護師を中心に多職種連携によって健康維持および感染症の予防に取り組み、適切性を期している

当事業所には、健康課題を持つ利用者が多く在籍している。利用者一人ひとりの服薬等の健康状態について配慮すべき事項は、入所時の基本情報から職員全体で把握している。また、利用者の健康管理の体制は看護師（課長）を中心に主治医、家族と連携のもと整備している。

看護師は、毎日、利用者担当職員から利用者の健康等の報告・相談を受けつつ、班ごとの活動室をラウンドして、利用者の観察から体調変化の早期発見に努めている。家族とは連絡帳を介し、主治医とは通院同行する際に情報交換している。

障害者施設での経験値の高い看護師は、職員、利用者、家族からの信頼も厚く、健康に関する各種の相談が寄せられるなか、職員には入浴支援の可否や体調不良時の受診の必要性の判断、ストーマ処理、てんかん等の発作時の対応について指導している。一方、集団生活に鑑み、リスクの高い感染症の予防に注力している。常に最新の感染症対策マニュアルを準備し、予防対策の一環として日常的な手洗いの徹底を職員・利用者に課している。さらにノロウイルスの蔓延防止には適切な吐物処理が肝要として、全職員に吐物処理の体験型研修を行っている。インフルエンザ等の好発期には、自治体、保健所や法人本部からの情報を収集し、家族に対して「保健だより」を通して予防を啓発している。

なお、ここ数年は、憂えるべき感染症の集団発生は起きていない。

3. 家族との連携・交流が丁寧で、確実に行われている

毎月実施される家族会では、プログラムラムとして事業所からのお知らせ等の時間があり、この時間を生かして、事業所は年度の事業計画を毎年説明している。家族は事業所の計画を承知した上で、利用者の個別支援計画に向けた要望を事業所に伝えることができる仕組みとなっている。家族会時には、家族から事業所への質問や要望に基づく話し合いも行われる。最近では親の高齢化が大きなテーマとなっており、この課題提示をきっかけとして、親亡き後に本人が困らないようにするため、本人の生育歴や医療、留意事項などを書き留めるサポートブックを作成することになり、現在その作業を進めている。

個々の家族には、利用者の体調等について、電話、連絡帳、送迎時のタイミングを生かして、適切・迅速に伝えられている。また、家族の多様な状況に応じて相談・支援の工夫も行っており、家族が無理なく利用者支援の課題に気づけるよう助言するなど、丁寧な関わりが持てている。

このように、家族に共通な事項は家族会を介して、個別の事柄は丁寧な個別対応によって迅速に行われていることは、事業所実践として優れている。

◇特に改善を求められる点

1. 多機能事業所を対象とした事業計画の作成、および事業計画については、実施状況の評価がしやすい内容にすることを期待する

事業計画は法人の「第2期中期経営計画」を踏まえ「倉敷拠点」「水島拠点」それぞれの統括（法人の執行役員）の職にある職員がその枠組みと「拠点計画」を明示し、これを受けて各事業所が事業計画を策定するしくみである。各事業所が策定する事業計画の具体的事項は「事業年度方針」「支援計画」「働きやすい職場づくり」「防災・安全・衛生計画の重点目標」「利用者満足の取組み」「地域貢献」「施設整備計画」「年間研修計画」「年間行事計画」で構成される。そして各分野に応じて「達成目標（何をどのレベルまで）」「実施計画（いつどのような方法で）」「実施責任者（誰が）」を記載している。しかし、達成目標や実施計画などにおいて具体性に欠け、実施状況の評価には取り組みにくい。

今年度から、当事業所は生活介護事業所から多機能事業所として活動を開始している。今年度の計画は昨年（平成29年）度末に3つの事業（生活介護、放課後児童デイサービス、居宅介護）がそれぞれ作成した内容で、多機能事業所としての事業計画にはなっていない。そのため、多機能ミーティング（各事業を担当する管理指導職層で課題・問題解決を話し合う場）を設定し、共有を図ったが、事業運営の統一した意識や取り組みには至らず、管理者は多機能事業所としての計画の必要性を感じている。

今回、第三者評価の対象になった事業計画は、主に生活介護事業所単独の計画内容であり、多機能事業所の視点からの計画としては不十分である。多機能事業所の事業計画作成には、全職員が参加できる体制で取り組むことを期待する。そして、方針としている「切れ目のない利用者支援の実現」の視点から、支援上の課題や職員間のチームプレー上の課題などを取り上げるなど、事業計画の内容についても検討することを期待する。

2. 地域生活への移行と地域生活の支援に対するの更なる取り組みを期待する

地域生活に移行するに当たり、社会参加に慣れていることが求められる。当事業所において利用者の社会参加とは、事業所以外の場所での活動を行うこと、また事業所や法人外の人々と出会うことと考えている。事業所隣接の法人内施設での外食を年2回程度実施し、弁当を持って近隣の公園に出向く取り組み、誕生日の外食も行っているが、不十分さは否めない。利用者の希望や意向をとらえながら、社会参加の機会や学習の機会が豊富になることが求められる。また、班活動として内職にも取り組んでいるが、この搬入出時に積極的に利用者に関わることを通し、社会の仕組みに直接触れる場面づくり等に意識的に取り組んでいくことなど工夫を期待する。

当事業所としては、地域生活への移行とは、家庭を離れてグループホームで暮らすこととして捉えている。地域移行についての課題は家庭訪問や生活環境の聞き取り情報から判断し、整理している。

具体的な取り組みとして、利用者が財布を持って支払いをすることや、訪問歯科から地域の歯科に通院できるようになっていくことなどを実践しているが、重度の利用者の多い当事業所の地域移行支援として、本人が「何かできるようになる」ということに限らず、地域の関係部署に本人を理解してもらう取り組みが現実的に必要と思われる。例えば、短期入所支援で関わる関係者やヘルパー、民生委員などである。本人がどのような人々や機関とつながる必要があるかについてエコマップ等で確認しながら、支援に取り組んでいくことを期待する。

また、地域社会の資源を積極的に利用し、本人が適応・活用できるようになることと同時に、地域の方々に本人を理解してもらう必要もある。そのために、例えば理美容店、クリニック、コンビニエンスストア、ファミリーレストランなど、普段から利用すると思われる場に出向いていく取り組みも必要である。今後の取り組みに期待する。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価では、評価していただいている項目や改善を求める項目と共に、当事業所として意識して取り組んでいた点が揚げられています。以下の4項目は、今年度、管理者としても意識して取り組んできた取組みであり、職員にも伝え、実施してきました。①多機能事業所としての運営の透明性、②医療との連携を踏まえた他機関との関わり、③重度の障害者（重度心身障害者や行動障害）への適切な支援や対応、④明るい職場づくり（支援者側のコミュニケーションや業務改善）です。

第三者評価を通して、利用者アンケートや職員自己評価などからも、家族や職員の評価を受けとめ、振り返ることができました。その中で適切・的確な評価をしていただき、職員全体で振り返るきっかけを頂きました。重要な項目や取り組みやすい項目から、計画、実施していきたいと思えます。

⑧ 第三者評価結果

別紙「第三者評価結果」に記載している事項について公表する（p.7～37）。

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-1(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

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、基本方針が明文化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)77.3% b)22.7% c)00.0% 無回答)00.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、基本理念、基本方針、行動指針について「クムレ10の心得」に明文化し、ホームページや広報誌「ふれあい クムレだより」(年3回、約1000部発行)等への掲載を行うとともに、玄関に掲示している。基本理念「ともに育ち ともに生きる」には、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。 ・嘱託職員含む全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する冊子)を携行させ、月1回の職員会議では「クムレ10の心得」を唱和し、周知を図っている。また、各種会議や研修会においても、理念、基本方針、行動指針を繰り返し確認している。 ・家族に対する理念、基本方針の説明は、毎年、再契約の際に説明している。説明時は、家族の都合に合わせて4つのグループに分け、わかりやすさを意識しパワーポイントを作成して説明している。また、月1回開催の家族会でも、関連させた説明をしている。 	

I-2 経営状況の把握

I-2-1(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

I-2-1(1)-① 事業経営をとりま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) 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
	b) 事業経営をとりま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) 事業経営をとりま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)40.9% b)50.0% c)9.1% 無回答)00.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業界全体の動向は理事長が国の会議などから迅速に把握し、それを執行役員会および経営会議に諮って方向性を定め、倉敷地域および水島地域の各拠点会議で各事業所管理者に周知させて共有化している。管理者は拠点会議での報告や検討内容を職員会議で報告している。 ・法人では平成29年度からは全事業所を倉敷地区と水島地区の地域で区分し、各地区に「拠点会議」を設置し拠点地域ごとの課題に応じた事業推進体制に再編した。これは、国の「共生社会の実現」に向けた施策や、法人の方針「乳幼児期から高齢期に至るライフステージでの切れ目のない支援体制づくり」などを踏まえての取組である。拠点に所属する事業所は、サービス分野ごと調整会議設定し、事業環境を取り巻く地域情報を共有し、また、当事業所が所属する地域の関係機関との会議などに参加し、事業環境を取り巻く地域情報を把握する機会になっている。 ・管理者は、利用率や収支状況については毎月数値化し、拠点会議に報告している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての取り組みはあるが職員への周知、理解を促す取り組みは弱い。また事業所として、主体的な取り組みは乏しく、各種会議でも話題になることは乏しい。このような現状があり、職員の自己評価も低率である。事業所管理者として意図的、計画的な取組を期待する。 	

I-2-1-2 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		評価
判断基準	a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもと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・分析にもとづき、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・分析にもと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)50.0% c)18.2% 無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理事長や法人本部が中心となって、制度改正や医療・福祉を取り巻く状況を踏まえながら経営環境に関する現状分析を行い、経営課題を明確にしている。そして「第2期中期経営計画」(2015年～2019年)に基づき組織をあげて計画的に事業展開を図っている。 ・倉敷市内各地での新規事業所の開設、当事業所のある「倉敷拠点」における地域交流の拠点「ひろば栗の家(おうち)」の整備による育児や発達の相談事業や親子療育などの実施、「水島拠点」の「ひろばにじいろ」での「育児や発達の相談」など多様な取組を進めている。 ・今年度から生活介護事業所としての単独事業所から、放課後デイサービス居宅介護と合体した多機能事業所として活動を開始している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理事長のリーダーシップのもと、法人として経営課題を明確化し具体的な取組を計画的に進めているが、職員への周知が不十分である。「切れ目のない支援体制づくり」の具体化として、多機能事業所に移行させただけであり、成果の実感は今後の課題である。この取り組みを取り上げ、職員間での討議の充実を期待する。 	

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。

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いない。	
	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)59.1% b)27.3% c)9.1% 無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、制度改正や医療・福祉を取り巻く状況を踏まえ、そして法人の理念、基本方針に沿って第2期中期経営計画を定めている。この計画は副理事長をリーダーとして主に各事業所の管理者が中心となって原案を作り、経営会議に諮って策定した。第2期中期経営計画では法人の理念のもとに、「利用者、地域から信頼される社会福祉法人」の実現を目指して、「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」などの「7つの柱」を掲げ、それぞれの柱ごとに具体的な取組を明示している。また、社会的な環境の変化に対応させ中長期計画はの見直しは毎年実施している。執行役員会の責務であり、副理事長が中心になり、見直しをしている。結果は経営会議で報告され、拠点でも周知される。 ・中長期計画は、年度当初、辞令交付式で副理事長から説明があり、参加している新入職員、管理職、指導職は直接聞く機会がある。内容は、管理者が職員会議で報告し、全職員に周知する機会になっている。 	

I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 単年度計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。	b
	b) 単年度計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。	
	c) 単年度計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)50.0% b)36.4% c)4.5% 無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は法人の「第2期中期経営計画」を踏まえ「倉敷拠点」「水島拠点」それぞれの統括(法人の執行役員)の職にある職員がその枠組みと「拠点計画」を明示し、これを受けて各事業所が事業計画を策定するしくみである。 ・各事業所が策定する事業計画の具体的な事項は、「事業年度方針」「支援計画」「働きやすい職場づくり」「防災・安全・衛生計画の重点目標」「利用者満足の実現」「地域貢献」「施設整備計画」「年間研修計画」「年間行事計画」で構成される。そして、各分野に応じ達成目標(何を、どのレベルまで)「実施計画(いつ、どのような方法で)」「実施責任者(誰が)」を記載している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は職員に配付し、また、年度当初に職員会議で説明している。しかし、事業計画の内容に関しては、達成目標や実施計画などにおいて具体性に欠け、職員自己評価では、実施状況の評価を行える内容になっているかの視点から、肯定率は低い。具体性を課題にした検討を期待する。 ・今年度の計画は昨年度(平成29年)末に、3つの事業(生活介護、放課後児童デイサービス、居宅介護)がそれぞれに作成した内容であり、多機能事業所としての事業計画にはなっていない。その為、多機能ミーティング(各事業を担当する管理指導職層で課題・問題解決を話し合う場)を設定し、共有を図ったが、事業運営の統一した意識や取り組みには至っていない。管理者は、多機能事業所としての事業計画の必要性を感じている。 ・事業計画は主に生活介護事業所単独の計画内容であり、多機能事業所としての視点からの計画は不十分である。「切れ目のない利用者支援の実現の視点から、支援上の課題や職員間のチームプレー上の課題などを取り上げるなど事業計画の内容についても検討を期待する。 	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

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)31.8% b)50.0% 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"> ・当事業所の事業計画は、法人本部が示すスケジュール等に従って作成している。当事業所では、事業計画の作成に当たり、職員会議の場で半期ごとに振り返りをし、リーダー層5名で構成される「キャップ会」で職員会議での検討内容などを参考にして、次年度の課題を検討して管理者に提案、決定している。 ・事業計画は4月1日の職員会議で全職員に配布して説明している。 ・事業計画の進捗状況と課題の共有は、平成29年度から各拠点(倉敷および水島)会議(毎月開催)で行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の立案は、一定の職員(リーダー層)「キャップ会」で検討されている現状であり、職員参画には至っていない。策定のプロセスの明確化及び事業計画の実施状況の把握、評価・見直しにおいても職員参加の対策が求められる。 	

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。	a
	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)40.9% b)45.5% c)9.1% 無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・家族には、年度当初の契約時の説明会で、利用者に関係のある事業内容を取り上げ、パワーポイント化して説明し、わかりやすさに配慮している。計画の実施状況は、利用者の活動内容などを紹介している「コトノハだより」や毎月開催する「家族会」でも紹介している。さらに、法人として発行する広報誌「ふれあい くムしだより」でも紹介している。</p> <p>なお、職員自己評価では、わかりやすさの視点から不十分であることや、家族会への参加者が限定されていること、また利用者本人を意識した取り組みにはなっていない、等の着眼点においては肯定率は低い。更なる充実を期待する。</p>	

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。

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)27.3% b)59.1% c)4.5% 無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人として全事業所が数年ごとに第三者評価を受審できるように計画している。そして受審した事業所では、第三者評価の報告書を受け、管理者が中心となって改善計画をまとめ、職員や法人役員等が参加する「報告会」を開催して発表している。その後、改善計画の進捗状況を報告している。 ・今回の第三者評価の受審結果は、判断結果が、b)、c)の評価細目については、管理者及び課長クラスが中心となって検討し、現場に提案して具体的な取り組みにする方針を持っている。</p> <p>■ 改善課題 ・職員自己評価では、肯定的な回答は3割を切る。評価結果を分析・検討する場が不明であること、職員の参加が乏しいことが影響している。取り組みを期待する。</p>	

I-4-(1)-② 評価結果にもと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)45.5% b)36.4% c)9.1% 無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の計画に基づき受審した事業所では、事業所内で受審結果を共有し、管理者が中心となって改善計画をまとめて「報告会」で発表する体制がある。 ・今回の第三者評価の受審結果は、判断結果が、b)、c)の評価細目については、管理者及び課長クラスが中心となって検討し、現場に提案して具体的な取り組みにする方針を持っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第三者評価以外の取り組みとして、たとえば各種委員会、班会議などに置いても、PDCAを意識した取り組みが求められる。 ・職員の自己評価では、肯定的な回答の割合は5割を切る。第三者評価の結果を受けて事業所として組織をあげて改善に向けて取り組むためには、受審結果の共有から改善計画の立案過程において、職員が参加する機会を意図的に設けて協議を重ねていくことが重要である。今回の受審結果の活用により、成果が出ることを期待する。 	

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 管理者の責任が明確にされている。

II-1-1-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		評価
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	b
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)45.5% b)45.5% c)4.5% 無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者の役割は法人の定めるキャリアパスのしくみの中で、職員の職務・役割階層ごとに求められる「期待像」に照らした「役割基準」として明示されている。 ・当事業所の管理者は平成30年4月に法人内障害者支援(入所)施設から異動してきている。法人の方針で、単独の事業所から同建物内にある放課後デイサービスと居宅介護による多機能事業所に変更している。多機能事業所としての課題を受けとめ、会議の在り方や職員の働き方などについて、検討を重ねている。また、利用者の重度化等への対応など、職員会議時に研修の機会を作るなどして職員の質の向上を意欲的に取り組んでいる。 ・管理者は、経営会議や拠点会議に参加し、法人の方針などを職員会議で報告し、また、「コトノハだより」では管理者の立場で発信している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、今年度の就任であり、多機能事業所としてのあり方については、更なる経験が求められる。職員とより一層の信頼関係を築き、質の高いサービスの提供や効果的な運営管理の推進に向け、さらなる取組みに期待する。 ・管理者は、災害・事故が発生したときの不在時の権限移譲に関する明文化が必要だとしている。 	

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。	b
	b) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)54.5% b)31.8% c)9.1% 無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、遵守すべき法令等について全国社会福祉協議会主催の施設長対象の研修のほか、行政などが主催する研修会などの参加して学び、確認している。また、法人としても、基礎研修として毎年、管理者を含む全職員を対象に、倫理綱領、権利擁護、差別、虐待防止、プライバシー守秘義務(個人情報の取り扱い)の理解について、人権倫理委員会が主催している。 ・管理者は職員対し、職員会議で、当事業に関係する法として、障がい者総合支援法の概要、特に報酬などについて事例を挙げて説明している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、職員会議などの機会を通じて法令遵守に触れているが、職員自己評価では、肯定率は低い。理解が困難な分野とは思われるが、工夫を凝らした取組により周知が促進されることを期待する。 	

II-1-1(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

II-1-1(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)40.0% b)50.0% c)4.5% 無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所の管理者は平成30年4月に法人内障害者支援(入所)施設から異動してきている。法人の方針で、単独の事業所から同建物内にある放課後デイサービスと居宅介護による多機能事業所に変更しているが、この取り組みを積極的に受け止めている。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であり、事業計画のまえがきには「多機能事業所としてのチーム連携として、職員が同じ方向性で運営していく」と明記している。その取り組みの一つとして「多機能ミーティング」を開催している。 ・利用者支援の基本柱として「自立」、「尊厳」、「ハビリ」(持っている機能を生かしてさらに発達・維持させる)を掲げアセスメントの充実と利用者主体のサービスの提供を優先に考えること、また、地域との交流の充実を期し、ボランティアや就労訓練事業を積極的に受け入れてゆく方針を持ち、取り組みを開始している。 ・また、職員が参加する各種会議の充実、そして医療機関を含む他事業所・他職種との連携などを積極的に進めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、課題や改善への取り組みに関する具体的な取り組みの明示や指導力の発揮に関し、肯定率は4割台である。現在取り組んでいる課題を確実に実施し、職員が成果を実感できるようになることを期待する。 	

II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)31.8% b)54.5% c)13.6% 無回答)00.0%であった。</p> <p>■ 取組み状況 ・管理者は多機事業所における実績を、月ごと3種別の事業ごとに利用者の動向、予算収支実績、事業の進捗状況を確認するとともに経営会議(月1回)に報告し、全体的に共有している。 ・3種別の活動の特徴などに配慮し、職員配置や兼務などに取り組み業務の実効性を高める取組みをはじめている。また、書類・記録の効率化に取り組み、会議をなるべく勤務内で行うなどの取り組みで残業時間の減少ができています。また送迎の見直しでガソリン代の節約と事故防止、節電などへの取組みにより、支出の削減を意図している。</p> <p>■ 改善課題 ・3種別の活動内容の特徴などにより、勤務時間や活動内容に差が生じ、特に兼務職員への負担を気にしている。新たな取り組みであり、試行錯誤は続くと思われる。管理者には、人事・労務・財務等の視点から恒常的に事業所を検証し、コストにも配慮しつつ効果的な事業経営に向けた業務改善を具体的に進めることが求められる。また、同様の意識を職員にも醸成し、事業所全体で効果的な事業展開を目指すための指導力も求められる。さらなる取組みに期待する。</p>	

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。

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、それにもと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、それにもと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)22.7% b)45.5% c)31.8% 無回答)00.0%であった。</p> <p>■ 取組み状況 ・法人として第2期中期経営計画に「やりがいと自己実現を目指せる仕事」を柱の一つに掲げ、それに則って平成29年に「キャリアパス運営指針」を改訂し、必要な人材やその育成に関する方針等を明示している。 ・職員の採用計画は法人の執行役員会で検討され、具体的な採用活動では正職員の定期採用は法人本部が所管して、リクルートチームを構成して取り組んでいる。特徴として、法人独自に各事業所が参加し、大学生や支援学校の家族を対象に求人説明会を開催している。また大学訪問を行い、年間数回の説明会を実施して採用を行っている。 ・法人として、引きこもりなどながしの課題をもつために就労訓練を必要とする市民や生活困窮者等を対象として受け入れ、就労してもらうための取組みとして、「クムレ版就労訓練事業」などに取り組みを開始している。 ・当事業所としては、中間的就労や障がい者雇用を検討し取り組みを開始している。また、契約職員と面談をし、正規職員への移行の推進を取り組んでいる。 ・専門職の採用は、看護師を配置して加算が取れているが、増員が課題である。また社会福祉士、介護福祉士についても同様である。さらに理学療法士の採用を課題としている。</p> <p>■ 改善課題 ・職員自己評価では、法人の取組み、当事業所の方針などについても周知度は低い。検討を期待する。</p>	

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)31.8% b)45.5% c)22.7% 無回答)00.0%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・期待する職員像は、職員の行動規範として「10の心得」、また利用者支援や業務を行うに当たっての心構えとして「支援10の形」を明示している。 ・法人は、「キャリアパス運営指針」で職員育成に関する方針を示している。それにより、一般職から経営職にいたる階層ごとに期待する役割を定め、キャリアアップに対応した職員研修体系によって職員育成の方策を明らかにし、業務目標管理評価制度によって職員の目標管理を行うといった仕組みを連動させ、職員一人ひとりの育成に向けた体制が整備されている。 ・平成29年7月から法人では新たな人事考課制度(正職員対象)を導入した。これは「第2期中期経営計画」に基づいて改正されたもので、以前よりも処遇と階層(等級)の関係を分かりやすく整理することを目指している。これによりキャリアステージごとの「役割基準・職務基準」に基づいて実践と評価を行うしくみであり、手順も明示されている。 ・非常勤職員に対する評価基準は、時給の見直し時に「キャリアパス運営の手引き」にある職務基準チェック表(該当項目)を使っている。また、当事業所の管理者は独自に嘱託職員への面接を行い、意向の把握に努めている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、人事管理全般について周知が低い。正規職員にはキャリアパス運営手引きを配布している。キャリアパス対応人事処遇制度の理解と推進に向けた具体的でわかりやすい取組みを期待する。 	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

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)31.8% b)59.1% c)9.1% 無回答)00.0%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、第2期中期経営計画で「働きやすい職場・労働環境の整備」を掲げ、より良い人材が働き続けられ職員が安定的に確保できるように法人全体で各事業所の職場づくりに気を配っている。 ・職員の就業状況や意向の把握は基本的には管理者の役割であり、毎月の有給休暇や時間外労働のデータを確認し、本部の労務管理担当者に提出している。また、把握した職員の意向は、拠点の統括責任者に相談している。目標管理の面接、あるいは必要に応じて個別の面談要望があれば、常に受け入れている。 ・法人として、週2回の定時退社や有給休暇の取得を勧め、当事業所では、有給休暇取得の計画的な推進をしている。 ・職員の健康面への配慮として、年1回ストレスチェックを実施し、産業医のフォロー体制をとっている。また、法人内にハラスメント窓口の設置、サークル活動への参加促進などの取組みがある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、働きやすい職場づくりを目指す方向性を明示し、拠点会議や各管理者の役割を明確にしている。職員自己評価では、有給休暇の取得や時間外労働への適切な取組みについては肯定率は高いが、働きやすい職場づくりの視点から、人材や人員体制に関する取組みの不十分さ目立つ。その原因分析と解決に向けた取組みの充実に期待する。 	

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

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)40.9% b)50.0% c)9.1% 無回答)00.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、「キャリアパス運営指針」で「使命感、倫理観を有する職員の育成」等の「人財育成の方針」を示し、それによって、キャリアアップに対応した処遇制度、職員研修体系、業務目標管理評価制度を連動させ、職員一人ひとりの育成に向けた体制を整備している。 ・目標管理は、法人が初任者・中堅職員など階層別に求める専門性や能力を明示し、それを踏まえて各職員が「業務・目標管理シート」等の所定の様式によって目標をたて、上席の職員との面接でそれを決定する。さらに目標達成に向け、キャリアステージ(職位階層)別の研修体系に基づいてOJT、OFF-JT、SDS(自己啓発支援制度)を行い、それらの進捗管理は、目標設定時(5月)、中間時(10月)、期末評価時(3月)の面接で確認され、その結果を4月中旬に各職員にフィードバックするしくみである。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価では、目標設定において、目標項目、目標水準、目標達成期限の明確化について、肯定率が低い。法人として新たに考課者に任命された職員に対する考課者研修を実施するなどの取り組みはあるが、更なる充実を期待する。 	

Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		評価
判断基準	a) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。	
	c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)68.2% b)22.7% c)9.1% 無回答)00.0%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、研修メニューについては、「キャリアパス対応人事処遇制度」と一体的に推進するとし、法人の理念などに関する共有と実践から始まり、現場での実践力の獲得や新任職員向けの研修、階層別、事業種別・課題別専門研修など、全体を網羅した研修計画を策定している。研修内容により、法人が主催、各拠点が主催する研修があり、時期、研修内容、テキスト、研修担当者などが明示され、現場としては職員の参加に関し計画が立てやすい。 ・当事業所では法人、拠点の研修制度を活用して、対象となる各職員を研修に参加させているほか、事業所独自に内部研修(毎月1回)を計画し、また外部研修への派遣も計画している。 ・研修計画の評価は、階層別研修は、キャリアパス推進室、専門研修や事業所研修については、事業所として取組み、次年度に向け評価見直しをしている。 	

II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。	a
	b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。	
	c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)77.3% b)13.6% c)4.5% 無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・正職員は「業務目標管理評価制度」によって一人ひとりの目標が定められ、その課題に応じて法人の諸研修を受講する。新任研修、一般職員、管理職などの階層別実施されている。また、管理者は、職員の資格取得の状況を把握している。そして、上司との定期的な面談時には、知識や技術の確認に際し、基準チェック表を用いることで標準化を図っている。面談を通して、本人に対し利用者支援や業務への期待を伝えるなど、モチベーションの維持向上を意識している。 ・外部研修については、SDS(自己啓発)を基本とし、研修情報を法人内で共有し、職員に周知させ、参加を呼びかけている。 ・新任職員には「クムパートナー制度」(マンツーマンの指導体制のしくみ)によって計画的にOJTを行っている。パートナーが面談と定期的に書面でやり取りをし、課題の発見と相談しやすい状況を作っている。 <p>なお嘱託職員については、「法人の理念～ブランドブックやクム60年の歩み、人権(権利擁護)など」を開催し、必ず1回は参加できる状況をつくっているが、その後の継続した研修などについては今後の課題である。</p>	

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。

II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		評価
判断基準	a) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	a
	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)59.1% b)31.8% c)00.0% 無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では、実習生受け入れ担当者を決め、「実習生受入マニュアル」を定め、次世代を担う福祉の人材を育成するために積極的に受け入れることや、自らのサービスの質の点検であること、などを明らかにしている。また、マニュアルでは受け入れにあたっての留意事項や実習生に伝えることなどを明示している。 ・受入れに際し事前に学校側と打ち合わせをし、また見学を実施している。介護福祉士と社会福祉士の実習を受け入れており、各専門職のプログラムに応じた実習内容にしている。そして実習中においても、必要に応じ、学校側と連絡を取りながら、進めている。 ・管理者は実習生の受入れを、外部の目が入る重要な機会と位置づけて職員に伝えることに努め、また、実習生に対しても見聞きたことを大学にしっかりとフィードバックするように促している。 <p>なお、職員自己評価では、実習生の受け入れや指導は、担当者に任せられており、職員全体への周知は不十分で、職員間の十分な共通理解には至っていない。職員を巻き込み、実習受け入れの目標、成果などを再検討する機会、共有する機会が求められる。</p>	

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。

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)54.5% b)31.8% c)4.5% 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、運営の透明性を確保するため、平成28年度にホームページを刷新した。その運用は法人が管理し、広報委員会が所管している。今年度から広報誌やホームページの内容を検討し、必要としている人たちに活用されることを意図し、見直しをする計画がある。現状は、法人概要、事業案内、情報公開(財務情報、第三者評価の受審結果、事業計画など)といった項目構成で発信している。職員からの情報発信を伝える「スタッフブログ」は月1回更新する方針である。また、「ひろば栗の家(おうち)」の取組みについてはソーシャルネットワークサービスを活用している。 ・法人の広報誌「ふれあい くみしだより」は年3回(各約1,000部)発行し、利用者、後援会会員などに配布しているが、少しずつホームページなどによる情報発信を重視する方向に転換している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページを刷新し、法人の基本理念はもとより第三者評価の受審結果や財務諸表などを公表し、積極的に事業の透明性の確保に努めている。しかし、苦情相談の体制や苦情内容の公表は行っていない。寄せられる苦情・意見とそれに対応した状況などはサービスの質の向上に関する事項であり、利用者(保護者)や地域に対して理解を深めていくツールとして、また、公費によるサービス提供の主体として説明責任をはたしていく意味でも重要である。さらなる取組みに期待する。 	

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。	b
	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)31.8% b)40.9% c)4.5% 無回答)22.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として「入札・経理規程」を定め、物品購入や設備工事の契約額に応じた決裁区分や経理上の基準を定めるなど、適切な経理事務の実施に努めている。 ・平成28年度から公認会計士と顧問契約し、現在は各事業所を回って経理事務や帳票を確認することで事業所の実情や書類の管理状況等を把握してもらっている。また、昨年度の決算書類の内容を確認してもらうことで、今後の本格的な外部監査の実施にむけて準備中である。 ・職員への周知として、法人の取り組みは「経営会議」における議事録の回覧などがある。 <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員自己評価の「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」の各項目で肯定的な回答の割合は4割前後であり、職員への周知策としてさらなる取組みが求められる。 	

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。

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) 54. 5% b) 40. 9% c) 4. 5% 無回答) 00. 0%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人は、第2期中期経営計画で「地域の社会資源との関係づくり」を掲げ、「地域の関係機関、児童クラブ、学校等との情報提供や、地域住民の福祉ネットワークづくりに取組む」としている。また、当事業所のある倉敷地域での地域交流拠点「ひろば栗の家(おうち)」での活動展開の方向性等について明示している。「ひろば栗の家」では、地域住民との交流や大学生ボランティアとの交流の場を催している。 ・当事業所では、事業計画に、社会資源を活用した地域交流への参加として、「ひろば栗の家」のプログラムに参加、女子会の開催、外食を通し、目的をもって利用者の地域参加の機会と地域の方々などとの交流を図る、と明記し、取り組んでいる。 ・「女子会」は、今年度の開始であり、目的は「どんなに障害がおもくても、その人らしく住み慣れた地域で生きてゆくために」であり、今年度の活動内容は、職員と家族、そして地域住民を巻き込んで、一緒に趣味活動などを通し、話し合う機会を作ることなどに取り組んでいる。 ・地域のイベント(花植等え)に参加、そして今年度から地域の環境美化プログラムである「アダプト清掃活動」に参加など、地域との交流、地域の役に立つ活動を始めている。また、通院などについても地域の診療所を紹介するなど、地域資源の活用を意識している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域との交流、利用者や家族が参加できる交流の機会を増やしているが、職員自己評価では地域の人々との交流の機会、地域の社会資源の紹介や活用において、肯定率は低い。目標を明確にし、計画的な取組むこと、その充実を期待する。 	

Ⅱ－４－(1)－② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		評価
判断基準	a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	b
	b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 45. 5% b) 45. 5% c) 00. 0% 無回答) 9. 1%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・、担当者を定め、受入前のオリエンテーションから活動の振り返りまでを行っている。 ・40歳以上の市民を対象にボランティア活動がポイント換算され交付金が受け取れる、市の「いきいきボランティア制度」の受入施設として協力し当事業所でもポスターを掲示し、手順書に沿って受け入れをしている。年間のボランティアの登録数は47名(平成30年度)、延数85名で、環境整備(草取り、剪定、支援補助(食事介助、排泄介助、散歩、行事への参加)である。 ・さらに、40歳未満の市民には法人独自の制度「クムレいきいきポイント」を設けてボランティア活動の振興に努めている。この制度で、ボランティアをした場合は、実績に応じてポイントを交付し、溜まったポイントをクムレ商品と交換できるシステムである。 <p>■ 改善課題</p> <p>ボランティアの受入れに際し、学校教育などへの協力については、取り組まれていない。職員自己評価でも肯定率は低い。ボランティアの受け入れは、単に職員の不足を補うためのものではなく、学校教育における体験教室などへの協力など、地域における福祉教育を進めるという側面からも福祉事業所の役割の一つとして重要である。職員への理解促進を含めて、さらなる取組みに期待する。</p>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

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)45.5% b)45.5% c)4.5% 無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域移行や関係機関との連携を意識した取り組みは、法人内関係事業所による会議や他事業所・機関を含む会議などが計画され、情報交換や事例検討などの取り組みがあり、当事業所からはサービス管理責任者や専門職などが参加している。これらの会議を通し、他機関との交流が進み、医療分野との連携も積極的になっている。当事業所からも困難事例などの紹介をして検討している。 ・外部の機関(医療連携やケア会議等)との連携ケースは、職員会議や朝終礼で報告し、ケース記録で周知に努めている。 ・関係機関・団体との定期的な連絡会には、管理者、サービス管理責任者等が参加し、地域の現状や課題を把握している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の支援の面から相談支援専門員との連携、チームワークは重要であるが、意見交換の機会は乏しい現状であると認識している。相談支援専門員にこだわらず、関係者へは積極的な働きかけはしているが、利用者へのより良い支援を課題としたときに、再検討が求められる。職員自己評価では、他機関との連携状況などについて職員会議では説明されている状況が伺われるが、具体的な取り組みについての肯定率は低い。関係機関との連携に関する課題を事業計画化する等により、出来る限り多くの職員が連携に参加する機会の計画的な取り組み、充実が求められる。 	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-(3)-① 福祉施設・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) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	b
	b) 福祉施設・事業所が有する機能を、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) 福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)40.9% b)50.0% c)4.5% 無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では平成29年度から全事業所を倉敷地区と水島地区という地域で区分し、地域ごとの課題に応じて諸事業を推進する体制とした。そして、各地区の「地域交流拠点」の施設として当事業所を含む倉敷地域では「ひろば栗の家(おうち)」を、水島地域では「ひろばにじろ」を整備している。 ・当事業所と同じ敷地内にある「ひろば栗の家」では、ヨガ教室、親子療育、フラワーアレンジメント、スクラップブック(写真を飾るペーパークラフト)、臨床心理士などの専門職による相談(電話・来所)や勉強会など、法人が有する専門的な機能を發揮して、障害児者や保護者はもとより幅広く地域住民が参加できる企画を実施しており、当事業所でも催しの周知や活動への職員参加などにおいて積極的に協力している。 ・倉敷拠点として、災害時の役割を強く認識し、避難場所や炊き出し訓練等、地域参加の避難訓練を実施、また避難場所として提供する事、他団体と共催し「防災セミナー」を開催するなど、防災を通じた取り組みを充実させている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、倉敷拠点として、地域貢献には積極的に取り組んでいる。しかし、職員自己評価では、社会福祉の分野に関わらず地域の活性化やまちづくりへの貢献については、肯定率は低い。更なる取組み、充実を期待する。 	

II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。		評価
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握し、これにもとづく公益的な事業・活動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しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。	
	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)31.8% b)40.9% c)9.1% 無回答)18.2%であった。</p> <p>■ 取組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人では国の「共生社会の実現」に向けた施策の方向性や、法人における「乳幼児期から高齢期に至るライフステージでの切れ目のない支援体制づくり」(法人広報誌より)を目指す取組みなどを踏まえて「ひろば栗の家(おうち)」「倉敷地域」および「ひろばにじいろ」(水島地域)で、親子が集うサロン活動、世代間交流、療育や子育てに関する専門相談等、公益的な事業に取り組んでいる。さらなる充実を期し、「ひろば栗の家推進会議」を3カ月に1回開催し、地域住民・関係機関・大学などの参加を得、情報交換・推進に取り組んでいる。このような会議を通し、地域住民と他事業所の活用が増加している。 ・当事業所と同じ敷地内にある「ひろば栗の家」では、ヨガ教室、親子療育、フラワーアレンジメント、スクラップブックング(写真を飾るペーパークラフト)、臨床心理士などの専門職による相談(電話・来所)や勉強会など、法人が有する専門的な機能を発揮して、障害児者や保護者はもとより幅広く地域住民が参加できる企画を実施しており、当事業所でも催しの周知や活動への職員参加などにおいて積極的に協力している。活動状況は「栗の家通信」で地域住民に広報している。 ・また法人として、「クムレ地域公益活動推進センター」を立ち上げ、就労訓練を必要とする市の制度外の人や生活困窮者等を対象とした支援事業である「クムレ版就労訓練事業」と「認定就労訓練事業」を新たに開始している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、拠点として地域貢献的的事业に積極的に取り組んでいる。しかし、職員自己評価では、まだ、周知、理解が進んでいない状況である。このような地域貢献的な活動を全職員が理解する事、参加することを通し、「共生社会の実現」が進んでゆくとわれ、更なる取り組みを期待する。 	

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。

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もつための取組が行われている。	a
	b) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をも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)59.1% b)22.7% c)9.1% 無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人の基本理念「～ともに育ち ともに生きる」、職員の行動指針である「クムレの10の心得」(ただ仕事をこなすのではなく、志を持って働こう等の10項目)、そして、拠点コンセプト「夢・将来をともに考え、かなえていく」等をポスターに仕立て、事業所の玄関に掲げている。さらに「クムレ10の心得」は名刺の裏に刷り込むなどしており、またリーフレットには法人の理念・理念達成のための行動指針を示している。加えて、班ごとに人権擁護の視点から毎月、スローガンを採択して、その取り組む状況を振り返っている。このように随所に、福祉サービスを提供するものとしての姿勢が明示され、職員は、諸会議の際の唱和を通じて、人権擁護意識を高めている。</p>	

Ⅲ-1-1(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁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等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護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等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護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等の権利擁護に関する規程・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)59.1% b)36.4% c)0.0% 無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・権利擁護に関する規定等は、「虐待」についてはその防止対策を含め、整備しているが、プライバシー保護については事業所の方針が明確化されていない。ただし、日常業務を手順化した「職務遂行要領書」の入浴支援の項目に、「プライバシーへ配慮」との文言が認められた。 ・「虐待防止」について、法人を横断する「人権委員会」で研修が計画され、当事業所からも参加している。また、所内研修を実施するなどの取り組んでいる。 ・羞恥心については同性介助を基本としており、女性利用者の生理時には暗号で示す、必要に応じ、カーテン、パーティションを用いるなど配慮している。</p> <p>■ 改善課題 ・本項目、とりわけ評価の着眼点である「規程・マニュアルに基づいたサービスの実施」「不適切な事案発生時の対応」について職員自己評価の肯定率は低い。利用者の権利擁護の視点から「プライバシー保護」に関して等、事業所の方針を明確にしたマニュアル類の整備が必要である。また、それらを職員が周知するための機会を計画化して取り組むよう期待する。</p>	

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。

Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。		評価
判断基準	a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	b
	b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)50.0% b)36.4% c)4.5% 無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・リーフレットや広報誌を、特別支援学校や関係機関に配布している。配布先はリストを作成し管理している。また法人ホームページでは事業所の活動が見られるようになっている。 ・間接的な媒体だけでなく、特別支援学校の学生・保護者向け事業所説明会を開き、実際に事業所に足を運んでもらい、活動の様子を映像で見たり、作品に触れたり、職員と直接対話をしたりして体験的な理解が得られるような情報提供の工夫がされている。また、幼児・学生の保護者にボランティア活動や地域交流活動に参加してもらい、事業所の活動に触れてもらうことも、情報提供の機会として積極的に活用している。</p> <p>■ 改善課題 ・利用者家族にとどまらず利用者本人にもわかりやすい情報提供に向けて改善の取り組みの途上にある。リーフレットはタイムスケジュールや活動の様子が見られるよう、更に写真や絵を活用していく予定である。また、ホームページはわかりやすく事業所の活動紹介ページが開けるよう、映像や動画等利用者本人が関心を持って見られるよう、メディア委員会を中心に検討中である。利用者参加のもと、利用者自身がよりわかりやすい情報提供の工夫の実現を期待する。</p>	

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もと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もと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もと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)45.5% b)31.8% c)9.1% 無回答)13.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・利用希望者には必ず見学を勧め、必要に応じて体験や実習をしてもらうようになっている。 ・既に在籍している利用者に対しても一人ひとり面談の時間を作り、管理者等が説明をして毎年契約更新を行っている。説明には重要事項説明書だけでなく、その年度の基本方針や活動内容がわかるパワーポイントを作成し、特に昨年度からの変更点については丁寧に説明している。</p> <p>■ 改善課題 ・毎年の契約更新時の面談について、現在は利用者本人の参加はほとんどない。今後は全利用者が参加できるよう、更に説明方法を工夫することを期待する。</p>	

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。	a
	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)54.5% b)22.7% c)4.5% 無回答)18.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・他事業所などへ移行をした利用者は少ない。移行に際して利用者の引き継ぎは支援会議や書面、移行先事業所の職員による現状の見学で行っている。書面はアセスメント、今までの活動の様子、配慮事項をまとめている。文章だけでなく写真も用い、具体的に伝わるように工夫されている。又、移行後の質問には、管理者、サービス管理責任者、担当者、看護師等状況に応じ随時対応している。 ・利用者家族には退所後も気軽に相談するよう伝えている。実際に、退所された利用者家族が気兼ねなく電話や訪問をしている。対応は主に管理者等が中心で行っている。</p>	

Ⅲ－１－(３) 利用者満足の上昇に努めている。

Ⅲ－１－(３)－① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	a
	b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)45.5% b)45.5% c)0.0% 無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・利用者(家族)の満足度の把握として、29年度より、年1回の予定でアンケート調査を開始している。回収率は約80%と高率である。アンケートの結果はリーダー層が集約・分析しその結果は、家族会に報告しており、今年度も昨年度のアンケート結果を踏まえた内容でアンケートを実施中である。なお、前回のアンケートの結果を受け、生活介護の利用者と放課後デイサービスの利用児が共存する意義を伝え、理解を得るなど一定の効果を得ている。ただ、当事業所では、アンケートが利用者の満足度と言いつつも、家族対象にならざるを得ない現状を課題として、本評価項目の判断基準を「b)」判断している。しかし、家族等がどのように支援等の在りようをどのように受け止めているかについて把握・評価することも、支援の質の向上に向けた重要なプロセスであるともいえる。このような判断に基づき評価をした。</p> <p>なお、意思疎通が困難な利用者が多いことは否めないが、適切なコミュニケーション支援により、利用者の真意を把握する工夫が大切である。例えば利用者の満足度調査は、アンケートや面談ばかりではなく、日々の支援の中から把握することもできる。職員がそういった意識を持ち支援に関わることが求められている。</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。

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。	b
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)45.5% b)31.8% c)4.5% 無回答)18.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書に、当事業所における苦情受付担当者、解決責任者、第三者委員、その他、自治体等の連絡先を明記し、サービス利用開始時に説明している。さらに苦情解決制度について玄関に掲示している。また、事業所ではサービス利用契約を毎年、更新していることから、苦情解決のしくみについても、そのつど説明するなど利用者・家族の理解が深まる取組をしている。事業所では、苦情はサービス改善に繋がる重要な情報であると認識しており、送迎時に連絡帳を介して、家族会にてなど多様な方法での収集を意図している。 ・第三者委員を従来の2人体制から、より実効性のあるものとして、地域住民2人を加えている。ただし、まだ事業所を訪問するなど活動はしていない。 ・苦情を把握した際は、「意見・苦情・要望発生処理報告書」に記載し、即応を念頭に職員間で話し合い、申立者に経緯を説明する方針を持っているが、苦情の公表範囲は家族会で報告、及び「コトノハたより」に記載するに留まっている。 <p>■ 改善提案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第三者委員は、学識経験者2名体制から地域住民2名を加え苦情解決体制を強化したものの、事業所を訪問するなど利用者との関係づくりはこれからである。これを機に、利用者や家族の意見を聞く機会を定期的に設けるなど信頼関係の構築に期待する。 ・社会福祉法人には、より透明性の高さが求められており、その一環に苦情の公表が義務付けられたところである。当事業所においてもホームページ等を活用するなど社会に向け公表することが期待されている。 	

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)27.3% b)36.4% c)22.7% 無回答)13.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員以外の第三者に相談できることを重要事項説明書に明記し、毎年の契約更新時に説明している。この度の利用者(家族)アンケートでは約半数が「知っている」と回答している。職員は言語表現の難しい利用者の思いを察する努力をしており、場合により相談室にて聞き取るなどしている。また、家族からは家族会や送迎時に相談に応じている。 ・寄せられた相談には、真摯に対応し、班会議・職員会議で検討する。相談内容によっては担当の相談支援事業所への働きかけを勧めることもある。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の真意を把握するのは難しい課題ではあるが、班ごとに利用者と支援する職員がある程度固定されていることを強みに、信頼関係を作りやすい環境である。また、各班には利用者と個別に向き合えるスペースが確保されている。このような環境を生かした、取り組みを期待する。 	

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、組織的かつ迅速に対応していない。	
	c) 利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)40.9% b)36.4% c)13.6% 無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情に拘らず、意見や提案はサービス改善に繋がるとして積極的に把握する方針である。送迎時の家族との対話、個別支援計画作成時の個別面談のほか、電話等、随時対応している。把握した意見等は、班会議等で検討しているが、記録化に至っていない事例が多い。また、相談・意見はほぼ全域に渡り家族を通して伝えられており、対応も家族対象である。管理者等は利用者が相談しやすい雰囲気作りが、支援の煩雑さに追われ困難であると自己評価している。 ・ごく最近意見箱を設置し、活用方法を家族会で説明しているが、実質的な運用に至っていない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情に限らず、事業所への提案・意見をどのように支援に反映させるかの道筋を利用者・家族に伝える必要がある。また、利用者本位の視点からどのように利用者の意見を引き出ししていくのかが問われている。利用者が「何か言ってもいいのだ」と思える雰囲気と「言えばかなえてもらえる」との実感が利用者に伝わる支援の在り方をの検討を期待する。 ・意見箱の設置は、「意見はいつでもどうぞ」との事業所の姿勢を示すものとして評価できる。今後、いつ・誰が開閉し、対応を検討するかなどを明確にして、利用者等が活用し易い運用方法に期待する。 	

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。

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)36.4% b)40.9% c)9.1% 無回答)13.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リスク担当者は、法人を横断するリスクマネジメント委員会からの情報を得ている。その中で他事業所の事例を水平展開させ、リスク回避に努めている。 ・事故、ヒヤリ・ハット、気づき、それぞれの概念を明確にして、報告書様式を3種類用意しており、気づきから事故防止につなげたいとしている。事故、ヒヤリ・ハット等の発生時は、班会議で管理者層が参加の上、対策を検討し、毎月、集約している。しかし、昨年に比して今年度は事故が減少しているものの、その要因は分析されていない。 ・事業所でリスクの高い事柄は転倒であるという。転倒に関して事故、ヒヤリ・ハットともに見取り図を作成して、まずは発生原因の環境を再現し事故防止対策の一助にしている。 ・不法侵入者対策は、今年度、スクールサポーター(学校と警察をつなぐ役割として、退職した警察官や教員を学校に派遣する制度)を要請し、実践的な学びの機会を得ている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリ・ハットと気づきの概念理解が難しい上、重度障害者の事業所としてヒヤリ・ハットの出やすい職場であることを考慮したとき、その集積は少ない(月に5から10件)。気づきカードは、ヒヤリ・ハットを未然に防ぐためとしているが、その違いの在りようが必ずしも明確ではない。事故報告、ヒヤリ・ハット、気づきカードの記載例を示し、職員への周知を図っている。さらにヒヤリとした体験が容易に記載できる様式が望ましい。 ・年間集約した結果、事故が減少しているとの結果を得ている。減少した要因を明らかにすることが事故等の再発防止に役立つと考える。また、ヒヤリ・ハットの集積を加速する効果も期待できると思われる。 	

Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全の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)68.2% b)13.6% 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"> ・事業所では感染症はリスクの優先順位が高いと認識しており、その予防対策に注力している。感染症対策マニュアルは、常に、最新のものを整備している。予防対策として職員、利用者ともに流水での手洗い、うがいを徹底させている。新人職員には、入職時に必ず看護師が手洗い、うがいの正しい方法を指導している。そして手洗いに関しては、完全かどうかをチェックする。 ・吐物処理キットは事務室に整備(作業室へは利用者が消毒薬を誤飲する危険がある)し、看護師が定期的に確認している。吐物処理の方法について、職員全員が看護師より実践的研修を受けている。 ・看護師はインフルエンザ等の好発期に、感染症予防目的で、保健だよりを発行し、家族へも啓発活動を行っている。 	

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。	a
	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)72.7% b)22.7% c)0.0% 無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・火災や地震、風水害などの自然災害を想定して、毎月、避難訓練を実施している。加えて、法人として年2回拠点ごとに合同訓練を実施している。具体的には指定されている避難場所への避難、炊き出し訓練、消防署員とともに火災時の放水による消火活動訓練などを実施している。また、法人本部と協力のもと、食糧、水、介護用品等を備蓄し、定期的(9月)に看護師が点検している。加えて、抗てんかん薬など服薬している利用者の常備薬を1日分預かり、利用者の帰宅困難に備えている。各班ごとに「非常持ち出し袋」を装備しているおり、その中身は、利用者の緊急連絡先名簿、懐中電灯、応急セット、食料品などで定期的に中身を点検して有事に備えている。 ・台風時の家族引き取りの判断は基準を決めているが、引き取り訓練は未実施で現在、検討中である。 ・BCP計画は、法人が作成しており、準用するための見直しを検討中である。また、水害時に事業所の2階を有効活用する予定であるが、車いす利用者の垂直移動を課題にしている。 	

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。

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、それにもと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、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。	
	c) 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)54.5% b)22.7% c)9.1% 無回答)13.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供の標準化にあたり、緊急時対応、感染症対策、苦情に関して、利用者の受け入れ・送り出し、健康管理等のほか、勤務帯毎の職員の役割、個別面談の準備資料や進め方、事故、ヒヤリ・ハット、気づきの報告書の記載方法などを文書化している。その中で日常的に活用する必要性のある事項は、職員が携行している「職務遂行要領書」に収録されている。 ・緊急時対応マニュアルには、誤嚥、行方不明者について写真やイラストを使用するなどわかりやすさに工夫したのも見られる。一方、排泄介助、入浴支援、食事介助いわゆる三大介護については、個別手順でと考えてのことからなのかマニュアルとしての作成はされていない。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準化とはいわゆる画一化とは異なり、福祉サービスを提供する職員誰もが、必ず行わなくてはならない基本となる部分を共通化させるものであり、個別的なサービスの提供と相補的な関係にあるものである。また、職員間でサービスの実施方法の差異を極力なくし、一定の水準を保ちつつ利用者それぞれの個別性に着目した対応を行うことが求められている。提供している福祉サービス全般に渡りマニュアル化が必要といえるが、まずは優先順位をつけ、今まで積み重ねてきた経験を活かし、誰が見てもわかるをコンセプトに作成されることを望みたい。管理者等は三大介護等、マニュアルの充実を課題として認識しているので、取り組みを期待する。 	

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、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。	b
	b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、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、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)54.5% b)22.7% c)9.1% 無回答)13.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ここで言うところの標準的な実施方法の見直しとは、個別支援計画作成手順やその内容に限定しているわけではない。上記に示した福祉サービス全般の標準化の見直しである。つまり、作成しているマニュアルの見直しの基準やその時期、作成しているマニュアルと実践している支援との整合性について、組織的な検証がされているかが問われている。当事業所においては、感染症や危機管理に関するマニュアル類は、法人を横断する各委員会で見直していると推測できる。また、医療的処置の方法など個別対応している事柄、例えば人工肛門のパウチの貼り方など、手順書と違っている場合は随時見直している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在使用しているマニュアル類は言うに及ばず、今後、作成するマニュアルは、マニュアルと支援の実際との整合性を意識しながら、見直しの時期を確定させるなど、改訂の基準を明確にすることが求められている。また、見直しをした際はその日時をマニュアルに記載し、見直し箇所を明示する工夫も必要である。今後の取り組みに期待する。 	

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。

Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な個別支援計画を適切に策定している。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。 b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。 c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)を策定するための体制が確立していない。	a
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)59.1% b)31.8% 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"> ・利用者全員に個別支援計画策定の前提としてアセスメントを実施している。アセスメントのための情報は、家族からの情報、利用者を日々観察して得た情報、医療情報を基にしている。 ・アセスメント手法はシステム化されている。運動項目(セルフケア、排泄、移乗・移動等)、認知項目(コミュニケーション等)に加え生活面としての食事・排泄・整容等。生活管理として金銭や時間、物品等の管理能力等。多方面から収集したアセスメント情報は、システムに入力することにより各項目が点数化され、点数により支援の必要量がはかれるよう工夫されている。 ・アセスメントから個別支援計画作成の手順は明確である。計画作成責任者であるサービス管理責任者は、アセスメント結果、利用者家族からあらかじめ入手している「支援への要望書」、前期のモニタリング結果を踏まえ、原案を作成。原案作成にあたっては看護師、栄養士、言語聴覚士等専門職の意見を反映させるよう取り組んでいる。原案は班ごとの会議にかけアセスメントの客観性、支援の適切性について検討する。その後、利用者担当職員、サービス管理責任者は利用者(ほとんどが家族が代弁)、家族と面談し個別支援計画の説明をし同意を得るしくみである。 ・個別支援計画の作成方針は自立の促進としてスモールステップな目標設定で、利用者が達成感を得られるよう配慮している。 ・「行動障害」等、課題を多く持つ利用者の個別支援計画は、利用者本人の行動に対して職員の対応方法を詳細に記述しており「支援の手順書」を兼ねている。 ・また、個別支援計画の進捗状況は、常時、班会議で話し合い、利用者担当職員が作成する「四半期援助計画」(支援に対する利用者の反応、職員の考察等を記録)を基に確認している。この情報をさらに半期ごとのモニタリング・評価につなげている。 	

Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。 b) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。 c) 個別支援計画について、実施状況の評価と計画に見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	a
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)59.1% b)31.8% c)4.5% 無回答)4.5%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、半期ごとにサービス管理責任者、利用者担当職員を中心に、支援目標についてモニタリング・評価を行い、再アセスメント、個別支援計画の見直しへのプロセスは標準化している。そのつど家族等との面談を実施し、要望を確認している。個別支援計画の見直しにつながるモニタリングの根拠は、日々のケース記録、利用者担当職員が作成する、四半期援助計画やサービス管理責任者自身が、支援に参加する中から得ている。 	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。		評価
判断基準	a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。	a
	b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画(個別支援計画)の実施状況が記録されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)59.1% b)31.8% 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"> ・利用者への支援は個別支援計画に基づき実施することを前提として踏まえ、事業所では職員が利用者の支援目標を意識化できるよう取り組んでいる。その方法の一例として、各班ごとの作業室に、班に所属する利用者の支援目標を一覧にして表示している。職員はその支援目標を意識して、利用者の作業内容等の記録を行う。この方法により職員は何を記録すべきかが明白となり、記録の効率化にもつながっている。 ・記録のあり方について標準化はされていないが、管理者等は計画に沿った支援内容、事実を記載、あいまいな表現は避ける、客観的な視点で職員を指導しているものの、職員の経験値により差が生ずる。管理者等は随時、記録内容を確認し適切に職員へ指導をしている。 ・利用者のその日ごとの記録は記録システムのIT化により、どの部署においても閲覧が可能である(多機能型事業所として生活介護の利用者状況が放課後デイサービス提供事業所の職員も共有ができる)。また、利用者の状況は、毎日のミーティング、班会議、職員会議、リーダー会議等、縦横に設定された場で共有している。 	

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)63.6% b)22.7% c)4.5% 無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の個人情報の取り扱いに関して法人のプライバシーポリシーに沿い、利用者の個人情報の利用目的・利用範囲を定めた文書で説明しサービス利用契約時に、家族より同意を得ている。また、毎年契約更新時に新たに同意を得るしくみである。 ・記録の管理責任は管理者と定め、利用者・家族に関わる記録類は鍵付き書庫などにて適切に保管している。また、パソコンにはアクセス制限を設けておりUSBの持ち出しは禁止している。事例検討等で事業所外に利用者の個別ファイルを持ち出す際は管理者の許可を得る。さらに職員へは入職時に離職後も守秘義務を課す旨の誓約書を交わし、個人情報の漏えいに留意している。 ・個人情報の開示請求や破棄の方法は、個人情報保護規定で定めている。ホームページにおいても開示・改正・削除・利用停止の依頼窓口を設置し、連絡先を明示している。 <p>なお、年度初めに全職員に対し事業計画の説明をする際に、個人情報保護等のコンプライアンスについて説明しているが十分ではないと、管理者層は自己評価しており、コンプライアンスの観点からIT化に伴う電子媒体による漏えいへの注意喚起など、継続学習の必要性を認識している。</p>	

IV 具体的なサービス内容

IV-1 利用者の尊重と権利擁護

IV-1-(1) 自己決定の尊重

IV-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	b
	b) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)50.0% b)40.9% c)00.0% 無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 当事業所では、利用者本人が出来ることを見いだす、いわゆるストレンクス尊重理念を強調して取り組んでいる。また、作業にしても趣味活動にしても選択肢を用意して、利用者が選べるような工夫を細かく実践している。 利用者の権利については、法人としての権利擁護研修は全職員(嘱託職員も含む)の悉皆研修として位置づけている。事業所では権利擁護・意思決定支援研修を行っている。また、班会議においても権利侵害(拘束対応策)についてのテーマが必ずもたれるなど、日常的に職員に意識化される取り組みを行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の意向を尊重する支援を励行しているが、時として自由放任と覚しきこともあり結果的に利用者の支援が進まないこともある。職員集団として利用者の自己決定についての学習を更に進めていく必要性を認識しており、その取り組みが進むことを期待する。 合理的配慮については、個別支援計画に具体的に明示しているが、職員が理解して取り組むためには更なる研修が必要と考えている。そもそも合理的配慮とは何かとの基本に遡っての研修が進むことを期待する。 	

IV-1-(2) 権利侵害の防止

IV-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	C
	b) -	
	c) 利用者の権利侵害の防止等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)63.6% b)00.0% c)13.6% 無回答)22.7%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 人権倫理委員会主催で人権スローガンを掲げ、利用者の権利擁護に努めている。これは各作業班毎にアンケートを採り、それぞれの弱いところを見だし、その改善のためのスローガンを掲げることとしている。毎日全員が見えるところに掲示しており、日々周知しうるものとなっている。更にスローガンは2カ月ごとに変えることで、意識化が途切れにくくなる工夫もしている。 権利侵害・権利擁護については、法人主催の研修の他、毎月行われる班会議においても「拘束対応策」が必ず議題として掲げられており、車椅子でのベルト使用やミトン使用などの経過報告と再検討を実施している等、具体的実践的な取り組みを継続的に実施している。 緊急やむを得ない身体拘束に値すると判断したときには、記録を徹底して時間と内容を明示する事とし、更に家族への説明も行うよう手続きを決め実施している。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 虐待の届出・報告は自治体の障害福祉課となっている。事業所としては、発見者→管理者→行政と通知することを研修等で伝えてはいるが、手順を明文化してはいない。これはフローチャート等、すぐにでも明示化できることで有り、早速の改善を期待する。 権利侵害が発生した場合の再発防止策については、班会議での話し合いを実施している。また管理者等からの注意や発信に留まっている現状である。事業所としては現場の職員から防止案が提案されるようになってこそ実効性を有すると考えており、その為の改善が検討されることを期待する。 	

IV-2 生活支援

IV-1-(1) 支援の基本

IV-1-(2)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	b
	b) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の自律・自立生活のための支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 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 ・お世話の支援から、できることを増やす自律の支援に切り替えようと取り組んでいる。そのためにアセスメントを十分に行い、取り組み内容を決めている。毎日の班会議で、利用者の様子を共有し、関わりのポイントを検討している。例えば、靴をご自分で履いていただくために、何分ぐらい待つか、その間どのような声かけや促しをするのか等話し合われている。その協議事項は班会議録に記録している。「待つ支援」という標語を掲げ、介助の手をだす前の一呼吸をおく事を意識して取り組んでいる。</p> <p>■ 改善課題 ・現在は食事や排泄等についてできることを増やす取り組みを中心に行っている。今後は掃除、洗濯、買い物、身だしなみ等生活全般への関心と必要な支援の組み立てなど、一人ひとりの状況に応じた「自律」のあり方を利用者、家族、職員で共有・検討していくことを期待する。</p>	

IV-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	b
	b) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 50.0% b) 40.9% c) 0.0% 無回答) 9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・利用者の状況を家族等から詳細に確認し、文字、絵、写真、表情、身振り等その人に応じたツールを検討し、一人ひとりに合ったコミュニケーション手段の確保に取り組んでいる。例えば、聴覚情報より視覚情報が得意な人に対しては、スケジュールをホワイトボードに記入し活動を指差して選んでもらったり、作業の手順をカードに書いて渡したりしている。その際聴覚情報が入って混乱しない様に、口頭での説明をしない工夫もしている。また、文字や絵では難しい人には実物を示し視線や表情で意志を確認している。全職員に徹底するように、管理者層が支援の現場を確認し必要に応じて指導したり、班会議で職員相互に確認したりしている。</p> <p>■ 改善課題 ・利用者一人ひとりのコミュニケーションの工夫は実践場面や家族からの聞き取り、個別支援計画、班会議録等で確認できるが、アセスメントシートを一見してわかる状況ではない。また、利用者からの小さな発信もキャッチする力が求められるため、全職員に徹底することや、方法の妥当性について、事業所自ら課題と感じている。それらをコミュニケーション委員会等専門的に検討する場を設け更なる改善に向け取り組んでいくことを期待する。</p>	

IV-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	b
	b) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)36.4% b)36.4% c)13.6% 無回答)13.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・言葉で気持ちを表明できる人については、その場その場で話を聞くようにしている。言葉での表明が難しい人に対しては、小さな変化を読み取って職員同士、又家族から状況を聞き取って、困りごとは何か捉えようとしている。例えば、暴れることも意志表出、言語ではない訴え、と捉えていて、不快なことや困り事は何か捉えるようにしている。そのために送迎時、連絡帳、家族会、面談など、家族との情報交換や相談の場を大切にしている。特に日々の送迎での直接的な家族とのやりとりは意識的に活用されていて、班担当者が伝えてほしいことを送迎ファイルに記入し、送迎者が伝えている。相談内容は班会議で共有され、状況によってはその場ですぐにサービス管理責任者や管理者に報告・対応している。</p> <p>■ 改善課題 ・言語による意思表示が難しい人については小さな変化をキャッチしたり、集団生活では不適切と思われるような行動の背景を読み取ることが求められることもあるため、職員によっては差が生じており、利用者調査の結果にも職員による差についての意見が上げられている。すでに行なわれていることではあるが、班会議や、ケース検討、研修等の場を通じて、職員全体の力量の向上に向けて継続的に取り組まれるよう期待する。</p>	

IV-2-(1)-④ 個別支援計画にもと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) 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	b
	b) 個別支援計画にもと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) 個別支援計画にもと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)59.1% b)27.3% c)00.0% 無回答)13.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・個別支援計画では、本人・家族のニーズを聞き取り、活動も選択できるようにしている。 ・活動として班での作業の他に、他の班の活動も紹介して利用者が選べるようにしている。白と黒と名付けられた2カ所のスヌーズレンや外出なども用意されており、選択の種類は多様に用意されている。 ・個別支援計画の見直し時には、日中活動や支援内容について班会議等で検討している。</p> <p>■ 改善課題 ・地域での様々な日中活動としては地域貢献の一環として行っているアダプトでの地域清掃活動の参加がある。また、法人が運営する隣接する地域交流施設でもある「栗の家」での地域イベントに参加する取り組みを行っている。しかし、利用者がそれぞれの地域での活動に参加できるような取り組みは十分とは言えない。地域での多様な活動等にも目を向けながら、地域の広報誌などを積極的に入手し、個々に応じた必要な地域活動情報を情報提供できるよう、工夫が期待される。</p>	

IV-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	b
	b) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)50.0% b)40.9% c)00.0% 無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害についての専門研修は、法人の研修、事業所内研修の他にも外部研修で学ぶ機会など多くあり、職員は知識の習得が出来るようになってきている。 ・強度行動障害該当利用者は53人中32人在籍している。この利用者に対しては、強度行動障害者対応の養成研修を受講した職員が定められた支援計画シートを作成し、取り組みを始めている。また、国の定めた行動障害者のための実践研修もできるだけ多くの職員が受講できるように配慮している。 ・利用者の障害に応じた関係調整としては、出入り口を分けて他者との出会いを避ける工夫をしたり、活動は個別の空間で実施するなど、必要に応じ、またその時々状況に応じて調整を細やかに行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行動障害への対応は、経験のある一部の職員に依存することが多く、まだまだ職員全体の知識・技術の均質化はできていない。養成研修も始まったばかりであることから、今後継続しての研修が行われることを期待する。 ・記録は個別支援計画の支援目標に基づいて日々記載しているが、その活用については、課題があると管理者層は考えている。特に記録からの数値化や統計を取りそれらを踏まえた支援方法の検討を実践する必要があると考えている。取り組みを期待する。 	

IV-2-(2) 日常的な生活支援

IV-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。		評価
判断基準	a) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	b
	b) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)63.6% b)22.7% c)00.0% 無回答)13.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・給食に関しては隣接する法人経営の児童発達支援センターの給食室で調理をしており、当事業所で配膳している。給食会議・当事業所としての検食簿・残渣調査などを実施している。 ・全利用者に年2回摂食嚥下プランを作成している。これは法人内他事業所の言語聴覚士・管理栄養士・当事業所の看護師が参加し、個々の利用者の嚥下・咀嚼機能に合わせた食事提供を行うようにしている。 ・当事業所では、利用者の希望に応じて入浴支援を実施している。身体状態が重度の障害者が少なくなく、機械浴を必要とする利用者は複数で、現在4名の利用者が利用している。 ・送迎支援を行っている利用者は53人中30人で、ドアツードアを実践している。個々の身体状況で車両の座席を決め、個別支援計画を踏まえた移乗支援を行っている。 <p>■ 改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・給食に関しては献立について利用者の希望を聞くことが出来ていない。職員もそのことを自覚しているが、他事業所との共同献立であることが影響しているための未実施と推測できる。利用者への食事提供はどうかを再確認しながら嗜好調査に基づいた食事提供がなされることを期待する。 	

IV-2-(3) 生活環境

IV-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)45.5% b)36.4% c)00.0% 無回答)18.2%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・事業所としての専用スペースがゆったりと確保されている。3班構成となっているが、各班は主たる作業室の他に休憩・相談室を確保している。その他にもスペースがあり、必要に応じた使い方が工夫できるようになっている。更にそれとは別に玄関前は広々としたホールになっており、共用で、あるいは個別に利用できる場となっている。この他に別棟としてスヌーズレン室が有り、ログハウスも完成し、今後の有効活用の準備中である。</p> <p>・居所や日中活動の場所は、清掃委託している事業所(就労支援B型事業所の利用者)によって日常的に清潔が保たれている。他にも地域住民のいきいきポイント制度によるボランティア活動によっても環境整備が進められている。</p> <p>・利用者によっては他者と場を共有できない場合もある。そのような時のために個別のスペースを準備する用意も出来ており、日常的に活用している。更には、人と出会うことそのことがストレスになる利用者のためには出入り口やトイレも本人専用にするなどの取り組みを行っている。</p> <p>■ 改善課題 ・当事業所は、恵まれたスペースの有効活用がまだ不十分と考えている。2部屋あるスヌーズレンルームや完成したログハウスの有効活用を利用者の状況に応じて工夫されることを期待する。</p>	

IV-2-(4) 機能訓練・生活訓練

IV-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)50.0% b)31.8% c)4.5% 無回答)13.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当事業所は身体面での障害を有する利用者が少なくなく、家族からのリハビリの要望は多い。利用者の機能訓練実施に当たっては、他法人の医師やリハビリ専門職からの指示を受けた場合には必ず実施するようにしている。加えて、利用者によっては自宅で訪問リハビリサービスを受けている人もおり、現在6人が該当し、この場合にも、専門家の指導を受けて実施している。それぞれ意見書や医師からのオーダーを受けている。これらの実践に際しては、個別支援計画に位置づけた上で、実施している。</p> <p>■ 改善課題 ・専門職の指示を受け、個別支援計画に位置づけて支援計画化しているが、現実には計画通りには進んでいない。それは、利用者の眠気やてんかん発作、本人のやる気が高まらないなどの利用者の状態や、身体の大きな男子利用者の場合、女子職員では支えきれないなどの職員の事情等が要因と考えている。それらの課題への改善が期待される。</p>	

IV-2-(5) 健康管理・医療的な支援

IV-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a
	b) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)68.2% b)18.2% c)00.0% 無回答)13.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の健康状態は、フェイスシートで把握している。そして日々の体調については連絡帳を通して食欲・排泄・体温・機嫌などを全員から聞くように徹底している。 ・健康診断は年に1回実施し、その他に訪問歯科診療が毎月ある。ここから地域の医療機関に連携していく場合も少なくないが、その場合には、家族と事業所の看護師が同行して通院することとしている。 ・健康相談や健康面での説明は、「保健だより」で発信し、また家族会での報告をしている。また、必要に応じて看護師が通院や医師の説明には同行することとしている。 ・本事業所では看護師が職員に対しての健康管理関係の研修や個別指導を実施しており、救急法や感染症予防対策も一環として行っている。 ・利用者の体調変化に対しては、事業所内での報告を迅速に行い家族への報告もいち早く行うことを徹底している。看護師が中心となり必要に応じて通院の判断をし、看護師が同行している。 <p>なお、看護師は2人在籍しているとはいえ同時間帯に複数配置は出来ていない。常に一人で全利用者の健康管理・医療的な支援を担う状況である。当事業所利用者の障害特性を鑑みたときに、看護師配置について更なる配慮があることを期待する。</p>	

IV-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。		評価
判断基準	a) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a
	b) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されているが、十分ではない。	
	c) 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)77.3% b)18.2% c)00.0% 無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在当事業所では胃瘻1人・腸瘻1人・ストーマ1人の医療処置者が在籍している。医療支援の実施については管理者の下で看護師を中心に指示を出し対応している。医師の意見書・同意書を基本とするルールで実施し、また、それらを個別支援計画書や手順書に反映し周知している。医療ケアは基本的に看護師が対応しているが、ストーマケアなどは支援員が安全に行えるように手順書も写真を入れるなど分かりやすく作成するなど工夫を心がけている。 ・薬については毎日の服薬等必要な分だけを持ってきてもらうこととし、ミスの出にくいように心がけている。服薬は看護師が主に管理している。服薬介助時はスリーチェックを確実に実施しながら薬の提供を行っている。 ・安全管理の構築や職員への医療支援研修は看護師が中心となって適宜行っている。 	

IV-2-(6) 社会参加・学習支援

IV-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)22.7% b)45.5% c)18.2% 無回答)13.6%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当事業所においては利用者の社会参加とは、事業所以外の場所での活動を行うこと、また事業所や法人外の人々と出会うこととして考えている。事業所隣接の法人内施設での外食を年に2回程度実施したり、お弁当を持って近隣の公園に出向く取り組みも行っている。</p> <p>■ 改善課題 ・班活動として内職にも取り組んでいるが、この搬入出時に積極的に利用者に関わることを通し、社会の仕組みに直接触れる場面等を意識的に取り組んでいくことなど工夫を期待したい。 ・誕生日の外食など、慣習として実施しているが果たして利用者の希望かどうかは定かでない。今後、利用者の希望や意向を捉えながら社会参加や学習がどのように進むかを個々に応じて検討していく事を期待する。 ・地域の多様な活動の中で、利用者個々に応じた活動のヒント有無を検討するなどの取り組みを行っていくことを期待する。</p>	

IV-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

IV-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。	b
	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)31.8% b)54.5% c)4.5% 無回答)9.1%であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・当事業所としては、地域生活への移行とは家庭を離れてグループホームで暮らすこととして捉えている。 ・地域移行についての課題は家庭訪問や生活環境の聞き取り情報から判断し、整理している。 ・具体的な取り組みとして、利用者が財布を持って支払いをすることや、訪問歯科から地域の歯科に通院できるようになっていくことなどを実践している。</p> <p>■ 改善課題 ・重度の利用者の多い当事業所の地域移行支援として、本人が何かを出来るようになるということに限らず、地域の関係部署に本人を理解してもらい取り組みが現実的に必要と思われる。例えば、短期入所支援に関わる関係者やヘルパー、民生委員などである。本人がどのような人々や機関とつながる必要があるかをエコマップ等で確認しながら支援に取り組めていけることを期待する。</p>	

IV-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

IV-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a
	b) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っていない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a)68.2% b)27.3% c)00.0% 無回答)4.5%であった。</p> <p>■ 取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族の要望書を書いてもらうようにしており、今年度は全員から確実に聞き取った。これを踏まえて、将来および現在の生活について相談・連携に努めている。この取り組みから、親亡き後の安心確保を主目的として、事業所独自に成人版のサポートブック作成の必要性を確認した。現在その作成に取り組んでいるところである。 ・利用者の生活状況については連絡ノート・送迎時の対応・面談や家庭訪問などで日常的に報告が出来る。 ・利用者の生活や支援については、毎月開催される家族会で事業所が担当する時間を作ってもらっており、そこで報告や意見交換が出来る。 ・利用者の緊急時には家族に対しての速やかな報告を実施すること、事業所内で報告するルールは決まっており、実施している。看護師の通院同行も実施している。 ・家族は一人ひとり固有の背景を持っている。その背景の理解に努め信頼を得ることを心がけており、そこから家族に必要な助言ができるようにするなどの工夫をしている。 	