

平成 28 年度
福祉サービス第三者評価 結果報告書

社会福祉法人クムレ
共同生活援助
「共同生活援助事業所クムレ」

2016 年 12 月 21 日

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目 次

	ページ
実施概要	1
評価項目	3
総評	25

(添付資料)

◆ 利用者調査 集計結果

【実施概要】

1. 実施スケジュール

- (1) 第三者評価についての事前説明 平成 28 年 6 月 23 日
- (2) 情報収集の実施（調査）
 - ①自己評価 平成 28 年 6 月 23 日～7 月 30 日
 - ②利用者調査 アンケート 平成 28 年 7 月 6 日～7 月 30 日
聞き取り調査 平成 28 年 7 月 31 日
 - ③事業所訪問調査 平成 28 年 8 月 31 日、9 月 1 日

2. 評価の実施方法

岡山版 福祉サービス第三者評価基準ガイドライン

3. 利用者調査

- (1) 調査の方法 アンケート及び聞き取り調査
- (2) 調査対象者数 アンケート 6 名、聞き取り調査 16 名

4. 評価調査者

新津 ふみ子
北村 とし子
坂本 佳代子
田中 稔

5. 評価決定合議日

平成 28 年 9 月 30 日

6. 本評価に関する問い合わせ

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

NPO 法人メイアイヘルプユウ事務局

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

電話：03-3494-9033 / FAX：03-3494-9032

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-1(1) 理念、基本方針が確立されている		評価
I-1-1(1)-① 理念が明文化されている。		
判断基準	a) 法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。	a
	b) 法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。	
	c) 法人の理念を明文化していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 88.9%、b) 11.1% であった。</p> <p>■ 取り組み状況 ・法人として、基本理念・基本方針、行動指針を明文化し、ホームページや広報誌等に掲載している。 ・基本理念「ともに育ち ともに生きる」は、利用者や家族・職員はもとより、地域の方々とともにという考え方を包含しているものである。地域社会への貢献をミッションにした理念である。法人名である「クムレ」は、ラテン語の「cumクム＝ともに」と「vivereヴィーヴェレ＝生きる」から引用した造語で、法人の基本理念「ともに生きていく」という理念を表現している。</p>	

I-1-1(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。		評価
I-1-1(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。		
判断基準	a) 理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。	a
	b) 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。	
	c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 100.0%、b) 0.0% であった。</p> <p>■ 取り組みの状況 法人の基本理念に基づく基本方針は「利用者満足の追求」「集うひとの幸せの追求」「強くなやかな組織創り」「地域社会への貢献」としている。行動指針として、「①私たちは心にアンテナをはり、小さなニーズも見逃さない支援を提供します。②私たちは人・仲間を大切にします。③私たちは高い目標を持って仕事にチャレンジしていきます。」を定めて明示している。また、これらはホームページやリーフレット等に掲載され、法人の基本理念との整合性を確保し、職員の行動指針となるような内容となっている。</p>	

I-1-1(2) 理念や基本方針が周知されている。		評価
I-1-1(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。		
判断基準	a) 理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	a
	b) 理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 理念や基本方針を職員に配付していない。	
講評	<p>■ 職員の自己評価の結果は、a) 77.8%、b) 22.2% であった。</p> <p>■ 取り組みの状況 法人の基本理念や基本方針は、採用時の研修や年度初めの会議等で周知される。また、会議や委員会ごとの「クムレ10の心得」や年度スローガンを唱和している。また「心得」は基本理念等とともに「ブランドブック」として冊子にまとめ、全ての正職員には配布し、また名刺の裏側にも記載している。さらに、入社時研修やキャリアパス研修(全社協のプログラムを活用)の実施にあたり、基本理念の周知と実行をテーマにどうプログラムを組み立てるのかについて、「人材育成ワーキングチーム」で検討を行っている。</p> <p>■ 改善課題 組織的に基本理念、基本方針等を定め、研修や会議を通じて職員への周知に努めている。しかし、職員自己評価では、周知を目的とした現場での取り組みや周知、実施状況の把握などにおいて肯定的な回答の割合は4割強である。正職員か非常勤職員かを問わず、全ての職員に対して、より理解を深める取組を期待する。</p>	

I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。		評価
判断基準	a) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	b
	b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)55.6%、b)33.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 当事業所は4カ所のホームを運営しているが、各ホームに理念・基本方針を掲示し、周知をしている。また、利用者には日中活動の場である同法人が経営する事業所、就労継続支援B型のクラスや、やさしいクムレで法人の広報誌(法人理念・基本方針を掲載)を配布している。保護者に対しては、新年度の保護者会(クラス及びやさしいクムレと合同)で事業計画等を説明する中で法人の基本理念等に触れている。</p> <p>■改善課題 職員自己評価では、障害のある利用者に対する周知の方法に工夫や配慮をしている、という点において肯定率が低い。基本理念や基本方針は事業所が提供するサービスの基本的な考え方や姿勢を示すものであり、利用者やその家族に対する分かりやすい周知方法の工夫や配慮とともに利用者側の安心や信頼を高める意味において重要である。現状の分析と取組み強化に期待する。</p>	

I-2 事業計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		評価
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。		a
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。	
	b) -----	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)66.7% c)0.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況 法人として第2期中期経営計画(平成27~31年度)を定めている。現行の計画策定に当たり、法人内に副理事長を長とする職員プロジェクトチーム(マネジャー、サブマネジャー、チーフ層)を設置して策定している。同計画では7つの柱、(1)相談からサービスまでの切れ目のない利用者支援の実現、(2)地域福祉ニーズに対応した開拓的事業へのチャレンジ、(3)地域社会における公益的な活動の実施、(4)法人活動の見える化、(5)事業運営の安定化、(6)働きやすい職場・労働環境の整備、(7)やりがいと自己実現を目指す仕事、を定め柱ごとの具体的な取組みの計画を明示している。周知方法は、新年に理事長が法人方向性などを示す「互礼会」で発表される。当事業所としては周知を目的に事務所に掲示している。</p> <p>■改善課題 職員自己評価では「策定している」とする回答が77.8%と、策定していることに対する理解度は高い。一方で、「目標(ビジョン)を明確にしている」は8割程度が肯定的な回答だが、「課題や問題点を明らかにしている」「問題点の解決に向けた具体的な内容になっている」などはいずれも5割程度である。それらの原因分析と職員へのさらなる周知の取組み強化に期待する。</p>	

I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。		評価
判断基準	a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。	a
	b) -----	
	c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)77.8%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・中期経営計画に基づき当事業所を含む自立支援事業グループとして「大切にしたい支援の考え方(価値観)」を「夢・将来をともに考え、かなえていく」とし、さらにこの価値観の実践に当たり、利用者本人、家族、地域と3つの側面から重点目標を定めている。内容は①その人らしい生き方の支援、②家族と支える利用者の暮らし ③地域で支えあう環境づくりをあげている。この三つの重点目標毎に各年度の事業計画では、具体策と計画(実施の機会や頻度など)を定めている。 ・事業所の各年度事業計画の中に「中期経営計画に対する事業所単独の取組み」の項目、及び法人の他事業所が前年度第三者評価を受審した際に提案された改善課題のうち、本事業所としても該当する課題を取り上げ対策を記載している。</p> <p>■改善課題 職員自己評価では「策定している」とする回答が77.8%と、策定していることに対する理解度は高い。一方で、「中・長期計画を反映した事業内容が具体的に示されている」に対しては肯定的な回答の割合は約8割だが、「実行可能かどうかへの配慮」では約5割、「単なる行事計画ではない」では約3割である。それらの原因分析と職員へのさらなる周知の取組み強化に期待する。</p>	

I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		評価
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。		
判断基準	a) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。	b
	b) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。	
	c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)55.6%、b)11.1%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・昨年度事業報告の作成の際には、前年度の評価と課題の整理を行い、本年度の事業計画に反映させた。なお、管理者は未だ当事業所の事業計画策定には携わっていない。今後の策定にあたっては、グループの統括と相談しながらグループホームの特徴と課題を整理して、優先順位の高いものから計画化したいと考えている。 ・事業の進捗については毎月のグループ会議で報告している。</p> <p>■改善課題 事業計画は中期経営計画との整合性に配慮して作成され、事業計画の各項目の構成(柱立て)は法人全体で統一されている。しかし、当事業所の事業計画では、「具体策」としての記述に抽象的な内容のものが散見され、また実施する時期の設定も「随時」「通年」など具体性に乏しいものが随所に見られる。計画の妥当性や実効性を担保するための具体策やスケジュールの明確化を期待する。</p>	

I-2-(1)-② 事業計画が職員や利用者に周知されている。		評価
判断基準	a) 各計画を職員や利用者等に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	b
	b) 各計画を職員や利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 各計画を職員や利用者等に配布していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)55.6%、b)11.1%であった。</p> <p>■取り組みの状況 職員に対しては年度当初の正職員3人による職員会議や世話人会議で重点方針などの説明を行っている。家族に対しては年度当初の「クラス」や「やさしい畑」との合同の家族会で、一緒に説明している。</p> <p>■改善課題 計画の達成のためには職員や利用者等への周知は不可欠で、さらに利用者や家族に対する周知では、その周知方法の工夫や配慮も含めて取組みが求められる。職員自己評価では「障害のある利用者に対する周知の方法に工夫や配慮をしている」「各計画の周知状況について定期的・継続的な取組を行っている」などの各項目では、いずれも肯定的な回答の割合は4割程度である。上半期などで事業進捗状況の情報共有、分かりやすい資料作成の工夫や配慮なども含めて、職員及び利用者等に対するより積極的な周知の取組みに期待する。</p>	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		評価
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。		
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	b
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)77.8%、b)0.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況 管理者は平成28年度に現職に就任した1年目である。理事長の意向を事業所内に伝え、具体化することが大切な役割と考えている。そして、法人はサテライトを含めてグループホームの増設や利用者の重度化への対応、サービスの質の向上など方針を示しており、それを理解し行動することを心がけている。管理者は就任以来、法人からの要請への対応に腐心し、またサービスの質向上のために世話人への分かりやすい情報提供などの工夫を行ってきた。世話人会議は2カ月に一回のペースで行っていたが、これに加え、これまで、6カ月ごとの個別支援計画のモニタリングを2カ月ごとに変更している。情報の共有とコミュニケーションの円滑化に努めている。また、年度当初の広報誌において、当事業所の方針等を管理者の立場から他の事業所とともに記事を掲載して考えを表明している。</p> <p>■改善課題 常勤職員3名、非常勤職(世話人)7名と小規模事業所である。職員自己評価では「管理者は自ら果たすべき役割と責任について、その妥当性を常に検証している」「管理者は自らの行動が職員や利用者等から信頼を得ているかどうかを把握、評価・見直しを行っている」の項目では、肯定的な回答が半数に満たない。職員自己評価では、『a』の判断は、77.8%と高率であるが、更なる取り組みにより管理者には自らの役割と責任を改めて明らかにし、職員に対して様々な機会を通じて表明していくことを期待し、『b』と判断した。</p>	

I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b
	b) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)55.6%、b)11.1%であった。</p> <p>■取り組みの状況 管理者は行政の集団指導の場に参加し、制度の改正点をはじめ、管理者として事業所が遵守すべき法令等の理解に努めている。特に報酬単価に関して正確に理解する必要があると考えている。職員に対しては、職員会議や世話人会議で事業所が取り組むべきことを根拠を示して周知に努めている。</p> <p>■改善課題 遵守すべき法令は福祉分野に限らず、衛生、医療、雇用、防災、周辺環境への配慮など多岐にわたる。管理者として常に最新の情報に関心を寄せ、同時に職員にも同様の意識形成に努めることが求められる。今後の取組みに期待する。</p>	

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		評価
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。		b
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)77.8%、b)11.1%であった。</p> <p>■取り組みの状況 管理者は世話人のサービスの質向上を図るため、世話人会議で個別支援計画などを取り上げてその理解を深めようとしている。日常の利用者への支援は世話人が中心であるため、世話人とのコミュニケーションに努め、利用者の様子などを聞いている。</p> <p>■改善課題 管理者は就任1年目。特に世話人にサービスの質の向上が最も重要な課題と考えている。そのためにも世話人の位置づけや期待する役割を明確にし、様々な機会を通じて資質の向上を図る必要がある。今後のさらなる取組みに期待し、『b』と判断した。</p>	

I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)55.6%、b)22.2%であった。</p> <p>■取り組みの状況 管理者として法人の経営会議(毎月1回)やグループ会議に参加し(毎月1回)、事業の進捗管理、利用者の動向など、人事、労務、財務の各側面から確認している。サービスの質を担保しつつ、特に収入を確保して収支のバランスをとることに留意している。職員に対しては経費削減のために、安易に物を捨てないよう指導し、経費の使い過ぎに注意している。</p> <p>■改善課題 管理者は経営や業務の効率化と改善に関する課題について人事・労務・財務等の視点から自ら検証するとともに、各種会議等を通じて職員に同様の意識形成を図っていくことが求められる。職員自己評価では「人員配置、職員が働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる」「組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている」などの項目では肯定的な回答の割合が半数に満たない。その原因分析とさらなる取組みに期待する。</p>	

Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		評価
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。		
判断基準	a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。	b
	b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 事業経営をとりまく環境を把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a) 44.4%、b) 11.1% であった。</p> <p>■取り組みの状況 業界全体の動向については理事長からの情報を経営会議(マネジャー以上)、自立支援事業グループによるグループ会議(グループ統括、サブマネジャー以上、管理者)で法人全体で共有している。</p> <p>■改善課題 管理者は業界紙(福祉新聞)などから情報収集を行っている。しかし、病院や家族からの問い合わせなどの機会に地域の状況などの情報に触れるものの、主体的な情報収集や分析は十分ではなく、把握した情報やデータの反映についても意識的に行っていないと認識している。情報収集の目的は、環境変化に対応した経営の維持にあり、特に事業所においては法人の中長期計画を踏まえ、収集した情報やデータを単年度事業計画にどう反映されるかが課題となる。さらなる取組みに期待する。</p>	

Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。		評価
判断基準		
判断基準	a) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。	b
	b) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。	
	c) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a) 55.6%、b) 11.1% であった。</p> <p>■取り組みの状況 毎月開催する経営会議やグループ会議で、予算の収支実績、利用者動向、各プロジェクトの進捗などが検討される。当事業所の管理者は、自立支援事業グループの統括でもあり、経営会議などにおいて実績等の把握を行い、職員には報告、周知を行っている。</p> <p>■改善課題 管理者は法人の会議で得た情報に基づく経営状況や改善課題について、職員への周知が十分ではないと認識している。小規模事業所とはいえ、課題解決のためには職員の意見を聞いたり検討したりする、といった組織的な取組みが求められる。さらなる取組みに期待する。</p>	

Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		評価
判断基準		
判断基準	a) 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。	a
	b) 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。	
	c) 外部監査を実施していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a) 44.4%、b) 0.0% であった。</p> <p>■取り組みの状況 外部の監査法人は活用していないが、法人として会計事務所による外部監査を実施している。また経営委員会には会計士が参画して適正な経営に努めている。なお、このことについて職員の理解度は十分ではない。法人からの周知を期待する。</p>	

Ⅱ-2 人材の確保・育成

Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		評価
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。		
判断基準	a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。	b
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)55.6%、b)11.1%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・法人として、職員の計画的な育成に向けて「キャリアパス運営の手引き」を作成して体系的な人材育成の方策を明示し、求める人材像を明らかにするとともに、人材管理や職員研修を計画的に行っている。なお、現在その「手引き」は内容の見直しが行われている。 ・当事業所の職員数は、利用者数を見込んで配置されており、現在職員10人のうち7人が世話人で非常勤職員を採用している。世話人は口コミでの応募が多く、多くは60歳代から70歳代の家庭の主婦である。</p> <p>■改善課題 グループホーム内での日常的な利用者の対応の中心は世話人であり、食事が作れることと利用者からの相談に応じられることを期待している、世話人は退職などの異動は少なく、採用がある場合は口コミでの応募が中心で、事業所として採用時に必ずしも明確な基準を設けているものではない。法人としてグループホームの新たな設置や重度の利用者への対応などを課題としていることから、採用後の教育も含めて、世話人に期待する役割の明確化とその明示が求められる。</p>	

Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。		評価
判断基準		
判断基準	a) 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。	b
	b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。	
	c) 定期的な人事考課を実施していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)44.4%、b)22.2%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・今年度から人事考課制度を見直し新たに「業務・目標管理評価制度」を定め、業務・目標管理と人事考課制度が一体的に進めている。具体的には、正職員を対象として「業務・目標管理シート」を作成し、目標管理のための面接は年3回、評価は年1回期末に行っている。その評価は「キャリアパス運用の手引き」で定める「役割基準チェック表の評価指針」に基づいて行う仕組みである。当事業所では、面接は今後に行われる予定である。 ・考課対象となる職員は管理を含めて3人で、管理者は法人が行う考課者研修の受講によってその目的や効果の理解に努めている。</p> <p>■改善課題 当事業所において新たな方法を採用しての人事考課制度の実質的な運用はこれからであり、今後の取組みとその成果に期待する。</p>	

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		評価
Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。		
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。	b
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)55.6%、b)22.2%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・法人は、職員の有給休暇の消化率や時間外勤務の状況をデータ化し、経営会議で検討、また中期経営計画の柱の一つである「働きやすい職場・労働環境の整備」の中で、次世育成支援計画(一般事業主行動計画)を策定している。その中で法人の方針として昨年度から事業所の事業計画に「ワークライフバランスに対する取組み」を掲げ、週2回の定時退社や有給休暇取得年5日以上、などに取り組んでいる。 ・当事業所では常勤職員が少ないため、相互に勤務時間を確認し合って調整している。何かあれば事務所内ですぐにコミュニケーションして対応している。</p> <p>■改善課題 多くの世話人は短時間勤務のため、意欲的に仕事に臨んでいるかどうかや各々の意向等については個別的な面接や聴取などの意図的なコミュニケーションの機会を必要とする。働きがいをもって仕事を継続できるよう、現状の分析とさらなる取組み強化に期待する。</p>	

II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。		評価
判断基準	a) 職員の福利厚生や健康の維持するための取組を実施している。	b
	b) 職員の福利厚生や健康の維持するための取組を実施しているが、十分ではない。	
	c) 職員の福利厚生や健康の維持するための取組を実施していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)55.6%、b)22.2%であった。</p> <p>■取り組みの状況 福祉厚生センター(ソウェルクラブ)に加入して福利厚生事業に取り組んでいる。またグループ単位での余暇サークル作りを奨励している。そのほか、職員互助会(四つ葉会)による交流会、勤続年数や出産等によるお祝い金がある。また、法人として職員が直接相談できる窓口を外部に設けている。</p> <p>■改善課題 福利厚生センターや職員互助会など法人としての取組みはあるが、職員自己評価では否定的な回答も一部にはある。職員処遇の充実という観点からも、さらなる取組みに期待する。</p>	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		評価
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。		b
判断基準	a) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分ではない。	
	c) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)77.8%、b)22.2%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・法人の人材育成の方針体系は「キャリアパス運営の手引き」で明示している。法人は、①使命感、倫理観を有する職員、②質の高い福祉サービスを実践できる資質と能力を有する職員、③福祉制度の変革や利用者・家族・地域の人々の信頼と期待に応えられる資質と能力を備えた職員の育成を目指して、職員育成に関する方針を示し、人材育成体系(階層別研修、分野別研修、OJTなど)による研修を定めている。それらに基づき、人材育成プロジェクトや教育研修委員会の企画実施によって体系的な研修実施の体制を整備している。また、ブランドブックで「クムレ10の心得」を明示し、職員が行うべき行動指針を定めている。 ・社会福祉士国家資格など法人運営に関連する資格取得には補助制度がある。</p> <p>■改善課題 世話人に関しては教育・研修に関する明確な方針や姿勢は必ずしも明示されていない。法人としてグループホームの新たな設置や重度の利用者への対応などを課題としていることから、世話人に期待する役割を明確化するとともに、それに応じてどう育成していくのかについての検討と具体化に期待する。</p>	

II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。	b
	b) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。	
	c) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)77.8%、b)0.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・正職員に関しては、法人として「キャリアパス運営の手引き」に基づき、人材育成プロジェクトと教育研修委員会とによって階層別研修や分野別研修などを体系的に整備し、外部の研修実施機関への参加も含めて個々の職員の希望に応じて研修受講をさせている。 ・事業所内研修は小規模なため、グループ内事業所である「あしたば」や「コトノハ」と一緒に行っている。また、世話人に対しては世話人会議の中で事業計画に則って業務に関連した勉強会を行っている(隔月)。現在は主に「言葉遣い」を取り上げている。</p> <p>■改善課題 職員一人ひとりについて教育育成計画が策定されているとは言えない。特に世話人の資質の向上については、障害特性の理解も含めてより力を入れてなければならない課題としているが、管理者によれば研修参加に消極的で、現在は世話人会議で身近なテーマを取り上げている。世話人に期待する役割を明確化するとともに、必要な資質を身につけていく機会や方法に関する計画的な取組みに期待する。</p>	

II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) 研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。	b
	b) 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。	
	c) 研修成果の評価が定期的に行われていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)55.6%、b)22.2%であった。</p> <p>■取り組みの状況 研修会に参加した職員は研修報告書を作成し、職員間で回覧する。また本年度からは全職員の報告書をグループの統括、理事長まで報告する仕組みとなっている。研修の評価や次年度への反映は、法人の教育・研修委員会が行っている。</p> <p>■改善課題 職員が参加した研修の報告の方法や機会は設けているが、世話人会議での勉強会も含めて研修成果の評価や、その結果について次年度への反映などの取組みは事業所内では明確に位置づいていない。計画的組織的な職員育成の仕組みづくりについてのさらなる取組みに期待する。</p>	

II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		評価
II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。		b
判断基準	a) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。	
	b) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。	
	c) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)66.7%、b)22.2%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・夜間の人員体制が少ないが、夜間の巡回などの機会を通じて、所在の確認、健康状態などを把握し、その結果を宿直日誌に記載する。また、宿直室にフェイスシートを置き、緊急時の連絡先を把握できるように備えている。 ・消防計画書を定めている。また、熱中症や感染症に関しては、行政からの通知を各ホームで掲示して注意喚起を行っている。また、救急法講習会を消防署の協力によって毎年1回実施している。なお緊急時には同法人の「あしたば」の看護師が対応することになっている。</p> <p>■改善課題 衛生上のリスク、感染症、利用者の急病など想定し得る全てのリスクに対して安全確保や緊急時の対応体制、定期的な検討、取組みの定期的な評価など、安全確保のための体制整備に関するさらなる取組みに期待する。</p>	

II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。		評価
判断基準	a) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。	b
	b) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。	
	c) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)77.8%、b)11.1%であった。</p> <p>■取り組みの状況 利用者の安全確保のための事例収集は事故報告、ヒヤリハット報告で行っている。それへの報告は世話人からの報告や宿直日誌の記述を職員が判断して行っている。ヒヤリハットは本人が管理するものとはいえ、服薬に関するものが多い。ヒヤリハット報告や事故報告は管理者が点検して、必要に応じて世話人への指導を行っている。</p> <p>■改善課題 当事業所で借りている借家の一つは玄関のすぐ前に水路があり、そこには特に柵なども設置されていない。事故などに関する危険度の想定が必要である。利用者の安全を確保するためには、意図的な事例や情報の収集、要因分析と対応策の検討、取組みに対する継続的な評価などが求められる。さらなる取組みに期待する。</p>	

II-3-(1)-③ 非常災害時における利用者の安全確保のための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 非常災害時における利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。	b
	b) 非常災害時における利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 非常災害時における利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)44.4%、b)33.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 避難経路を示した案内図を各ホームに掲示し、火災と地震を想定した避難訓練を年2回実施している。また、地域の防災訓練に参加している。そして現在、食料品の備蓄について手続きを進めている。</p> <p>■改善課題 当事業所が借りている一つの借家の玄関すぐ前に水路があり、そこには特に柵なども設置されていない。洪水など自然災害に関する危険度の想定が必要である。非常災害における利用者の安全確保のためには、立地条件から想定される災害の種類ごとに対応策の策定、耐震や設備の落下防止の措置、消火設備の整備、備蓄の充実、初動体制、利用者および職員の安否確認、あらゆる想定に基づく訓練、地域住民との協力体制、それらに対する継続的な評価、などが求められる。さらなる取組みに期待する。</p>	

II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		評価
II-4-(1)-① 利用者地域との関わりを大切にしている。		b
判断基準	a) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	
	b) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)55.6%、b)33.3%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・地域との関わり方に関する基本的な考え方については、当事業所を含む法人内の自立支援事業グループにおいて本年度の重点目標として「地域で支えあう環境づくり」を掲げ、それを当事業所の事業計画の中でも重点方針に基づく事業の柱の一つとして位置づけている。 ・当事業所が所在する地域の自治会に加入し、職員と利用者が清掃や夏祭りなどの地域活動に参加し、あいさつも心がけて行き、地域住民と顔見知り関係なることを期待している。また、世話人が余ったおかずを近所に配るとなど、地域との関わりを大切にしている。利用者は日常的に地域のコンビニエンスストアや理美容室など、地域の資源を活用している。</p> <p>■改善課題 地域との関係づくりは法人の基本理念の一つでもある。そして、事業所には利用者が地域活動に参加したり、地域の社会資源を活用したりするための意図的な取組みが求められる。職員自己評価では肯定的な回答の割合は各項目とも半数程度である。職員全体が取組みの意味と価値を共有し、さらなる取組み強化に期待する。</p>	

II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		評価
判断基準	a) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	b
	b) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)44.4%、b)11.1%であった。</p> <p>■取り組みの状況 法人の広報誌を利用者と職員とで担当地域を分担して町内会に配布して回覧版と一緒に配られている。</p> <p>■改善課題 事業所の持つ専門性や情報を地域に還元する取組は十分ではない。当事業所の利用者は地域住民の一人として、非常時には近隣の子どもや高齢者への支援に携わることも十分に考えられる。地域のニーズを把握しながら事業所として地域に提供できる機能を分析し、地域の特性に応じた取組の実施に期待する。</p>	

II-4-1-③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。		評価
判断基準	a) ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	C
	b) ボランティア受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c) ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)33.3%、b)0.0% であった。</p> <p>■改善課題 ・ボランティアの受け入れについては事業計画やマニュアル整備などの基本的な姿勢を明示しておらず、現在までのところ実績はないが、近日中にあしたば(同法人の障害者支援施設)で受け入れているボランティアが訪れる予定である。 ・今回の訪問調査の際、当事業所の一つの借家では、ある世話人の家族が善意で家屋の周辺に花を植え、手入れをしていることを聴取した。利用者の状況を踏まえつつ、より豊かな生活を目指してどのようなボランティアの受け入れを位置づけるかについての検討が必要である。</p>	

II-4-1-② 関係機関との連携が確保されている。		評価
II-4-1-②-① 必要な社会資源を明確にしている。		
判断基準	a) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。	b
	b) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。	
	c) 施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)55.6%、b)11.1% であった。</p> <p>■取り組みの状況 個々の利用者の状況に応じて必要な社会資源の把握を行っている。音楽好きな利用者に対して活動クラブやイベント情報を探し、対応している。入手した情報はファイルにストックして職員が閲覧ができるようにしている。このほか、当法人内の他事業所のサービス利用を必要に応じて行っている。</p> <p>■改善課題 利用者サービスの質の向上を図るために、福祉事務所、保健所、病院、学校、他の事業所、ボランティア団体、自治会・町内会など、様々な社会資源との連携構築とともに、それらについて職員間で十分な情報共有を図るための仕組みや方法の確立が求められる。当法人は多様な障害者サービスを提供している。利用者の必要性に応じたそれらの適切な活用も含めて、必要とする具体的な社会資源を明確にするとともに、それを職員が共有する仕組みの構築に期待する。</p>	

II-4-1-②-② 関係機関等との連携が適切に行われている。		評価
判断基準	a) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。	b
	b) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。	
	c) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)55.6%、b)11.1% であった。</p> <p>■取り組みの状況 関係機関との定期的な連携の機会としては岡山県域でのグループホーム連絡協議会に参加している。ここではグループホームの空き情報や取組みに関する情報交換、相互の施設見学などを行っている。</p> <p>■改善課題 個々の利用者に対する支援の質を向上させるためには、地域の社会資源や関係機関を明示し、そのうえで定期的に会議を開催するなどの具体的な連携の取組みが求められる。当法人は多様な障害者サービスを提供し、「切れ目のない利用者支援の実現」のための「チームアプローチの実現」などは中期経営計画にも掲げている。利用者の必要性に応じた社会資源とのネットワークを通じて、個々の利用者サービスの向上や地域全体で課題となっていることらについて積極的に問題提起するなど、課題解決に向けての協働した取組みの強化に期待する。</p>	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		評価
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。		
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。	b
	b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)33.3%、b)11.1%であった。</p> <p>■取り組みの状況 法人としては地域の福祉ニーズの把握に努め、グループホームの新規開設などに取り組んでいる。</p> <p>■改善課題 事業所として特段には主体的なニーズ把握に取り組んでいるとは言えない。相談事業や地域の交流活動など、法人の取組みにより積極的に関与することで、障害者福祉に関する地域のニーズの把握に努めるなど、より積極的な取組みに期待する。</p>	

II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。		評価
判断基準	a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があり、実施されている。	b
	b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。	
	c) 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)44.1%、b)11.1%であった。</p> <p>■取り組みの状況 法人として、サロン活動などの地域交流の拠点整備や相談事業の一元化など、地域の福祉ニーズに基づく新たな取組みの開発を行っている。また、グループホームの新規開設や重度化する利用者への対応などを計画している。</p> <p>■改善課題 事業所としては、地域の交流拠点でのサロン活動など法人の取組みに積極的に関与することを通じて、地域の福祉ニーズに基づく新たな事業活動の実施に向けての積極的な取組みに期待する。</p>	

III 適切な福祉サービスの実施

III-1 利用者本位の福祉サービス

III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		評価
III-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。		
判断基準	a) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。	a
	b) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)88.9%、b)0.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・法人の理念「ともに生きる ともに育つ」は、リーフレットやホームページ、広報誌に明示している。また職員に配付している事業計画には重点方針を定めているが、今年度は利用者が現状に満足することなく、「夢を見つけ」それに向かってステップが踏み出せることを支援の柱としている。そして、全職員に対し(非常勤は除く)利用者支援の基本を説いた「ブランドブック」の配付、さらにその中から特に重要としている「クムレ10の心得」を刷り込んだ名刺を携帯し、いつでも「利用者本位の福祉サービスとは」について確認できるようにしている。 ・改善課題:事業計画と「クムレ10の心得」は、常勤職員に配付して、支援の明確化を図り、共通理解が得られるように取り組んでいるが、日常的に支援の大部分を担う非常勤職員(世話人)へも配付についても検討を期待する。</p>	

Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。		評価
判断基準	a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、職員に周知するための取組を行っている。	b
	b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、職員に周知する取組が十分ではない。	
	c) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)55.6% b)11.1% であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・利用者の「プライバシーの保護」については支援の基本として大切にしている「クムレ10の心得」より読み取ることはできる。また、法人内の横断組織である「人権倫理委員会」で、人権擁護の研修の一端として「プライバシー保護」に触れている。また、世話人等、職員の採用時には、離職後も守秘義務を課す旨の誓約書を交わしている。 ・利用者ごとの状況を記録した「ホーム日誌」は、警備員室におき利用者の目に触れないよう配慮している。また、警備員は安否確認、所在確認のため、就寝している利用者の居室を訪問しているが、それは利用者と事前の了解事項になっている。 ・利用者の居室は、全室個室で一人になれる空間と時間は保障されている。ただし、建物の設備上の問題として施錠できる居室とできない居室がある。</p> <p>■改善課題 居室への入室や所有物に触れる際は、社会的に常識の範囲で許可を得ているが、取り立ててプライバシー保護に関する研修は実施していない。日常的に守秘義務を意識した支援が適切に実施されていると推察はできるが、「プライバシーの保護」は、利用者尊重の基本であり、また共同生活上、配慮を要する事項が多々ある。プライバシー保護に関して法人の方針を明らかにした規程・マニュアルの整備が望まれる。さらに利用者も交えて「プライバシー」とは何かなどについて、話し合いの場を持ち、それぞれの立場から理解し合うことが期待される。</p>	

Ⅲ-1-(1)-③ コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。		評価
判断基準	a) コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	b
	b) コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫が十分ではない。	
	c) コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)77.8% b)11.1% であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・世話人をはじめ職員は、利用者の何気ない会話や動作から利用者の気持ちを察する努力をしている。得られた情報は「ホーム日誌」に記載し共有を図るが、ホームによって取り組み状況にバラつきが見られる。 ・利用者によっては、絵カードやパソコンを使って気持ちを伝えている。また重要な判断を必要とする場合は、家族や後見人が代弁者になることもある。また、利用者が社会性を得るためにコミュニケーション能力を高めることを重要な課題とし、文字や住所を書く練習、或いは挨拶の練習を個別支援計画に則り取り組んでいる。また、地域内の「グループホーム交流会」に参加している利用者もあり、多様な人々との出会いがコミュニケーション能力の向上に役立させている。 ・利用者間の良好な関係づくりに、適切なコミュニケーションは欠かせられない。事業所ではコミュニケーション不足から時には、陰湿な雰囲気が生ずる。そのような時は、世話人が介在してお互いの不足している部分を補い、解決させている。</p> <p>■改善課題 障害の特徴などを把握し、利用者一人ひとりの意思疎通のあり方について、適切性を期すことが求められる。その対策の一つとして職員間で共有して支援にあたれるよう「個別の手順書」作成が考えられる。また、多様な人々との出会いがコミュニケーション能力を高めることになり、複数の利用者との共同生活もそれに値すると考えた時、利用者間での話し合いの場を意識的につくることも検討を期待する。</p>	

Ⅲ-1-(1)-④ 利用者の主体的な活動を尊重している。		評価
判断基準	a) 利用者の主体的な活動が尊重されている。	b
	b) 利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない。	
	c) 利用者の主体的な活動が尊重されていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)77.8% b)22.2% であった。</p> <p>■取り組みの状況 利用者はホームごとの「一日の流れ」に沿って行動している。決まった時間に職場に出勤し、退勤後は入浴・夕食を済ませ居室で過ごす。休日などの余暇は買い物、散歩で外出する利用者もあり、また居室でテレビ観賞して過ごすなどである。余暇の過ごし方は利用者の主体性に任せており、時には移動手段の紹介など側面的な支援している。居室の設えも自由としており利用者それぞれは趣向を凝らしている。地域内の「グループホーム交流会」に参加している利用者は、他のグループホーム利用者との「出会いの場」としている。交流会ではグループワークもあり、発言する機会が設けられている。</p> <p>■改善課題 利用者会などの自治組織の運営を通して、より主体性が増すと考えられる。社会生活の一環として自治会等の設立への検討を期待する。</p>	

Ⅲ-1-(1)-⑤ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。		評価
判断基準	a) 見守りと支援の体制が整備されている。	a
	b) 見守りと支援の体制の整備が十分ではない。	
	c) 見守りと支援の体制が整備されていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)66.7% b)22.2% であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・居室の清掃、洗濯等の身辺整理は利用者自身が行い、トイレ掃除は分担制、さらに草取り、ゴミ捨てなどは利用者の能力により役割を決めている。また、世話人は、時には入浴の声かけをしながら見守っているが、世話人の人柄や経験などにより、利用者に手をかけ過ぎる場合があるという。世話人には、「世話人会議」などことがあるたびに「自立をそがないように」と注意喚起している ・世話人が毎日記載する「ホーム日誌」には、利用者が行ったかを確認するためのチェック表を設けている。それにより入浴や整容ができていないかを利用者担当職員(管理者等の常勤職員)が毎日の巡回で確認している。2か月ごとグループ別に開催する「世話人会議」には、常勤職員全員が参加し、利用者ごとの支援計画の進捗状況を情報交換している。その中で○○さんは、「流しの掃除はするが、洗面台の掃除はできていない」。その対策に掃除の曜日を決めチェック表で確認することを決めるなど具体的である。</p>	

Ⅲ-1-(1)-⑦ 虐待(拘束、暴言、暴力、無視、放置等)や体罰による人権侵害の防止策や、万々に備えての取組が徹底されている。		評価
判断基準	a) 虐待等をなくすための具体的な取組が行われている。	b
	b) 虐待等をなくすための具体的な取組が十分ではない。	
	c) 虐待等をなくすための具体的な取組が行われていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)77.8% b)11.1% であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・虐待などについては、就業規則、キャリアパスの明文化し、また「ホーム会議」のつど障がい者の特性に理解が深まるよう「発達障がい」についてなどの勉強会を行っている。さらに、昨年度は全世話人、職員対象に「虐待について」のグループワークを実施している。また、SST(ソーシャルワークトレーニング)、リスクマネジメント研修を通して、参加者は振り返りの機会を得ている。継続した実施に期待する。 ・利用者と一緒に関わりの多い世話人は、午前・午後の時間帯別に一人で勤務している。そのため利用者に対する不適切な言動を把握しづらい環境である。職員は毎日の巡回の際は、「ホーム日誌」を確認するとともに、世話人が利用者に関わる場面に注視している。管理者は「世話人への権利擁護についての指導は難しい」と率直に述べている。</p> <p>■改善課題 社会的な課題である利用者の人権侵害防止には、より徹底さが求められている。職員が権利擁護意識を高く、維持し続けるために研修の方法にも一層の工夫が必要である。また、虐待につながりかねない、あるいは第三者からは、「虐待に見える可能性のある行為」いわゆるグレーゾーンへの対応などを課題とした取り組みなどがあげられる。重要事項説明書、契約書には身体拘束の禁止と共に掲載は見られない。検討を期待する。</p>	

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上向上に努めている。		評価
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上向上を意図した仕組みを整備している。		
判断基準	a) 利用者満足の上向上を目指す姿勢が明示され、利用者満足把握する具体的な仕組みを整備している。	b
	b) 利用者満足の上向上を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足把握する具体的な仕組みが十分ではない。	
	c) 利用者満足の上向上を目指す姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)55.6% b)22.2% であった。</p> <p>■取り組みの状況 法人の基本方針の一つとして、利用者満足の上向上の追求を掲げている。また、事業計画作成時は、利用者の満足感を得ることがサービスの改善につながるとの意識を持って作成している。また、毎月、開催している「家族会」が利用者の代弁者としての機能を果たしている。</p> <p>■改善課題 事業計画には、利用者アンケートの実施を計画しているが実施できていない。利用者が満足の上向上を得る支援を意識して日々実践、また日常的なやり取りの中から、利用者個別の満足感や不満は感じ取るようにし、気になった時は職員間で話し合っている。今後の具体的な取組として、今年度の「利用者支援目標」(利用者の夢を探る)を意識し、この度の利用者調査結果の適切な分析に期待する。</p>	

Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上に向けた取組を行っている。		評価
判断基準	a) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備され、実際にその上に向けた取組を行っている。	C
	b) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されているが、その上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)66.7% b)0.0% であった。</p> <p>■取り組みの状況 利用者個々の要望には適切に応えるようにし、たとえば夜間帯の迷惑になる騒音などの相談に真摯に対応する様子が、「ホーム日誌」からも確認できた。</p> <p>■改善課題 ・事業計画作成時は、利用者満足把握する機会や方法を検討し、実施に向けた具体策(目的、対象者、時期、担当者等)の設定が求められる。そして、改善に活用する事である。この時に利用者の参加を意識することが必要と思われる。 ・本評価項目は、満足度の把握から結果の改善に至る取り組みの仕組みの整備について評価する。従って、『c』と判断した。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		評価
Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。		b
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。	
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、相談方法や相談相手を選択できない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、 a) 66.7% b) 11.1% であった。</p> <p>■取り組みの状況 利用者の相談や意見は、世話人や担当職員が日頃から聞いている。時には就労先を通して把握する場合もある。また、意思表示が難しい利用者へは、担当職員が巡回時に意識的な声かけに努めている。相談場所の多くは自室であるが、相談内容によっては「事業所本部」を選択している。</p> <p>■改善課題 相談内容は「ホーム日誌」に記載し、事業所全体で解決を話し合う場合もあるが、「ホーム日誌」への記載基準が明確ではないので、「埋もれている相談・意見」もあると推定される。ポスターの掲示などいつでも悩みごとや相談に応じることを利用者が理解できる方法で伝える取組が求められる。</p>	

Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。		評価
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	C
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)55.6% b)0.0% であった。</p> <p>■取り組みの状況 重要事項説明書、契約書に「苦情申し立て先」として本事業所の担当者のほか、行政等の関係機関の所在地・電話番号を明記している。ただし苦情解決者の明記は見られない。実践上は、苦情を受け付けた際は、管理者等が苦情内容を精査し、対応を検討し苦情申立者に解決に至った経緯を説明している。一連の経緯は、法人の苦情解決システムに沿って、「自立支援事業グループ会議」で報告している。</p> <p>■改善課題 ・入居の説明時に於いて苦情に関する事項は利用者・家族に説明している。しかし、この度の利用者アンケートで外部の苦情窓口について「知っている」とした利用者は皆無であった。重要事項説明書への記載を始めとし、人権擁護の視点から重要な仕組みであるこの制度への認知を図る取組は喫緊の課題である。 ・第三者委員として2名の学識経験者に、苦情・相談に関わる職務を委嘱している。「職務規定」に第三者委員としての役割を明確にしているが、第三者委員としての活動は確認できない。また、重要事項説明書にも明示はない。第三者委員の役割、責任を明確にしその機能を果たすことを期待する。 ・社会福祉法人のガバナンスの視点から事業の透明性の確保・情報の公表が重要視され、苦情についても取り上げられている。苦情を申し出た利用者に対する経過や結果のフィードバックは当然のこと、苦情を申し出た利用者等に不利にならない配慮をした上で公表するという方向性である。この視点からの検討を期待する。 ・本評価のガイドラインでは、「第三者委員が設置されていない場合、連絡方法が明示されていない場合、解決に係る話し合いの手順が定められていない場合、苦情解決状況の公表を行っていない場合は、『C』評価にする」と定められている。</p>	

Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。		評価
判断基準	a) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。	b
	b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。	
	c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)66.7% b)0.0% であった。</p> <p>■取り組みの状況 利用者からの日常的な意見や要望は、ホーム内で多くの時間を過ごす世話人が聴き取る場合が多い。利用者の中には、巡回してくる担当職員を待ち受けて意見を伝えることもある。いずれの場合も内容により迅速な対応を心がけている。対応に時間がかかる場合は「ホーム会議」で検討する。聴き取った世話人、担当職員が即応することもあるが、意見や要望への職員の判断が個人的なものにならないような取り組みは、現状では見られず、また、障害特性に配慮した利用者への説明は、世話人の経験により幅があるとしている。</p> <p>■改善課題 利用者の意見や要望の吸い上げから対処までの過程、利用者へのフィードバックの仕組みについてサービスの質の向上につなげる観点から意見、要望への「対応マニュアル」の作成が望まれる。</p>	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		評価
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。		
判断基準	a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。	b
	b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。	
	c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)22.2% b)33.3% であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・事業所としては今年度が初回の第三者評価受審である。法人本部に第三者評価の窓口になる人材を配し、評価が計画的かつ円滑に実施できるよう図っている。第三者評価の受審は、法人の中長期計画に明示し、法人内事業所は3年に1回の受審を方針として実施している。また、評価を受審していない年度にあっても、法人の報告会(毎年、受審事業所を対象に実施)に参加し、他事業所の評価結果及び評価機関よりの講評を水平展開する形で一部活用している。事業計画の中に「第三者評価に対する取り組み」として具体的な課題を挙げ、取り組む体制である。</p> <p>■改善課題 ・初めて第三者評価を受審するにあたり、3名の常勤職員は話し合いを重ねながら自己評価に取り組んだ。そのプロセスから様々な気づきを得たと想定される。世話人に対しては、職員の声を拾い上げるという第三者評価の目的を説明し協力を得ている。今回の取り組みを全職員に報告し、一丸となって活用・改善に取り組む事を期待する。</p>	

Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。		評価
判断基準	a) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしている。	b
	b) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、十分ではない。	
	c) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)33.3% b)22.2% であった。</p> <p>■現状での取り組み状況 法人の中長期計画に明示されているように、今年度初めて取り組んだ第三者評価の結果は事業計画に反映させ、改善に取り組む方針である。法人は、今年度も第三者評価の結果を全事業所に向けて報告する「報告会」を開催する計画があり、この報告会に向けて、当事業所では取り組むべき課題を明確にする予定である。</p> <p>■改善課題 管理者は第三者評価受審の準備段階で、事業所の改善課題を認識しており、また、今回の第三者評価、聞き取り調査の終了後に、職員間で「改善会議」の提案があり実施、すぐ着手できる課題について検討を開始している。この成果を事業計画に取入れ、改善課題は明確にし取り組みが充実することを期待する。</p>	

Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。		評価
判断基準	a) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施している。	C
	b) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施しているが、十分ではない。	
	c) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、 a)66.7% b)11.1% であった。</p> <p>■改善課題 ・評価結果で明らかになった改善課題は、計画的に取り組む方針であるが、現状は評価結果報告を待っている段階で、改善策や改善計画は具体的に進められていない。 ・本評価項目は、取り組むべき課題の明確化に留まらず、改善策や改善計画を立て実施している、ことである。現段階ではこの評価項目に該当せず、『c』と判断した。改善計画にて改善に取り組むプロセスを明確にし、またその進捗状況の見える化に期待する。</p>	

Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		評価
Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。		b
判断基準	a) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。	
	b) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。	
	c) 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)55.6% b)11.1% であった。</p> <p>■取り組みの状況 「常勤職員・世話人の業務」について、「金銭の取り扱い」「緊急時対応」については、手順書を作成している。「世話人業務マニュアル」は各ホームの実情に合わせた内容になっている。「世話人業務マニュアル」は、時系列で6時30分～19時30分までの業務の流れをわかりやすく記載している。その他、利用者ごとの帰宅時間、情緒の確認、調理や清掃の手順等を記載している。清掃については毎日実施する個所、時々する作業に分けるなど、日々の業務が円滑に行くよう工夫している。</p> <p>■改善課題 ・文書化されているものはごく限られている。「ホーム日誌」は利用者の一日の生活状況を利用者に関わる全職員が共有するためのものであるが、世話人により記載内容がマチマチで、事業所としても基準は設けていない。「ホーム日誌」のあり方などさらに検討が必要である。また、世話人の資質に頼るだけではなくサービス水準の確保の視点から、利用者の障害特性をより深く学ぶ機会の充実に期待する。また、共同生活であることを鑑みリスクマネジメントに関わる事項の文書化が求められる。 ・標準的な実施方法・手順書には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢を明示し、常に留意をして支援に取り組む事が期待される。</p>	

Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。		評価
判断基準	a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを行っている。	b
	b) 標準的な実施方法について定期的に検証しているが、必要な見直しを行っていない。	
	c) 標準的な実施方法について定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)55.6% b)0.0% であった。</p> <p>■取り組みの状況 事業所が独自に作成している「業務内容」は、新規入居者があつた時をその機会にしている。また、正規職員は2か月ごとの「ホーム会議」「ホーム日誌」から、サービスの提供状況を確認し、適切性を意識している。</p> <p>■改善課題 ホームにとり必要なマニュアル・手順書の方野や項目について検討し、優先順位を決め計画的に取り組む事、作成したマニュアル類は、常に現場との整合性を図り、見直しの方針で臨むことが求められる。</p>	

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		評価
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。		
判断基準	a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。	a
	b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)77.8%、b)0.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・記録の書式はパソコンソフトを使用し書面が整備されている。個別支援計画に基づく支援記録がパソコンソフトによって項目ごとに明示される仕組みになっており、サービス実施状況が確認できている。また、サービスの実施状況を記載する職員は3人の常勤者と決まっている。この職員間では日常的に連携が取れており、記録内容の一貫性が保ちやすくなっている。 ・入浴や洗濯などの利用者が行う日常生活状況は、「ホーム日誌」にチェック方式で、世話人が記載している。常勤職員は毎夕、ホームをラウンドした際に「ホーム日誌」と世話人からの聞き取りで利用者状況を把握している。 	

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管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。	b
	b) 利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録管理について規程が定められていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)55.6%、b)22.2% であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・記録類の管理責任者は明示されているとは言えないものの、「重要事項説明書」に利用者の記録及び情報の管理等として、「記録は5年間は保存する」とある。また、利用契約書には個別支援計画を作成し利用者に説明する事と支援記録を作成し、閲覧、複写ができると記載している。 ・法人主催の専門研修で、記録の管理、情報保護・情報開示の研修は毎年取り組んでいる。 <p>■改善課題</p> <p>記録物の管理・保管について、過去の記録物が増え、事務所内に置き場が足りなくなっていると苦慮している。改善対策として電子文書化できる書類についてはファイルサーバーに格納し、書類を減らすことをあげている。また、守秘義務の遵守、個人情報保護の契約時書面明記等の整備しているが、あいまいな内容になっていること、そして記録管理者や記録管理方法については具体的な記述がないことを問題視し、改善が必要と捉えている。これらの取り組みは法人全体の課題であり、検討を期待する。</p>	

Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。		評価
判断基準	a) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。	a
	b) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録管理について規程が定められていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)66.7%、b)11.1%であった。</p> <p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者個別の状況は、パソコンのネットワークシステムをしている。そのほかに、ケース会議・業務日誌がある。また、緊急性の高い事項、特記事項については、電話やメールを使用し早急な情報の共有に努めている。パソコンのネットワークシステムを利用するのは正規職員であり、そこでの情報共有の仕組みは整っている。本事業所の特殊性として、非常勤の世話人が利用者支援の重要な役割を担っていることを鑑み、今後一層の情報共有の仕組みを進める必要があると思われる。 ・事業所内の情報共有を目的としたケース会議として、世話人会議では2か月に1度個別支援計画のモニタリングを実施している。また、専門相談員が中心となるサービス等計画相談のモニタリングも行政により定められており、部門横断(日中活動の事業所等)で実施している。 	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		評価
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。		
判断基準	a) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供している。	a
	b) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供していない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)44.4% b)22.2% であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人が運営・管理するホームページに、「自立支援グループ」の一事業所として固有のページを開設している。そこには事業所の概要、サービス内容(住環境・活動支援・保健医療・介護給付)について掲載している。法人が年4回発行する広報誌「ふれあいクムレだより」は利用者家族のほか、法人の関係機関、近隣など広範に配布している。また、自治体で作成している冊子「事業所案内」に、「グループホームの情報」として、住環境・利用料金・世話人の支援体制などが掲載されている ・見学者用に、(共同生活援助事業所クムレ)を表題にした冊子を作成しており、4か所のグループホーム利用者の特性、世話人を含む職員体制や利用者の身辺整理への取り組み状況、余暇活動を写真で紹介し、わかりやすい。 ・待機希望者は、氏名・生年月日・住所・手等の取得状況及び種類・健康状態・生育歴等は、様式「エントリーシート」記載してもらい、入居後の支援に活かしている。また、入居希望者へ空室を利用した「体験入居」を積極的に進め、その後の共同生活がスムーズに行くよう図っている。 ・職員の自己評価では、事業所のサービス内容を紹介した資料を、公共施設等多数の人が入手しやすい場所に置いてない事や施設紹介のビデオの作成をしていないことを理由に肯定率が低くなっているが、その他の取り組みの充実度を評価した。 	

Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。		評価
判断基準		
判断基準	a) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	a
	b) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
	c) サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■職員自己評価の結果は、a)33.3% b)22.2% であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居・サービスの開始については、まず空室が出た旨を「サービス等利用計画」の作成を担当する相談支援事業所に報告、そしてこの事業所が主催するケア会議(利用者本人、家族又は保佐人、ホーム職員、日中活動する場の職員、相談員等が参加)で、入居に向けた話し合いをしている。入居が決まると管理者は自宅訪問をして、利用者の従来の生活環境等について把握をする。そして重要事項説明書を用いて、ホームでの基本ルール、居室の使い方、利用料金等の説明し契約を得ている。利用者へ説明の際は、わかりやすい言葉を使うなど工夫してホームでの生活が具体的に伝わるよう留意している。 	

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		評価
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。		
判断基準	a) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っている。	b
	b) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めてアセスメントを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するための、アセスメントの手順を定めていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)66.7%、b)22.2% であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントを標榜する書式・帳票は無い。現状は、事業所では入居時に家族が記載する「GH利用者募集 エントリーシート(待機申込書)」を利用者情報としている。この内容は、基本情報として、障害手帳や収入状況、家族構成や成育歴、そして健康状態や生活・行動状態、支援のポイントである。利用開始後は、毎年度末に家族から帳票「今後の援助に対する要望書」(以下要望書)に記載をもらい、利用者の身体状況や生活状況、行動特徴などを把握し、フェイスシートという名称で保管されている。 ・事業計画には、家族支援目標の具体策として「家庭訪問もしくは家族面談を行う」とし、全利用者24名中、家庭訪問1名、家族面談6名について実施済みである。 <p>■改善課題</p> <p>職員の66.7%が、定められた手順に従ってアセスメントを行っているとしているが、アセスメント書式がないことから、『b』評価としている。更に明確化できるように、フェイスシートの名称でアセスメントするのではなく、新たにアセスメント書式が整備されることが必要である。取り組みを開始した家庭訪問、家族面談は計画化し全数の実施を期待する。</p>	

Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。		評価
判断基準	a) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。	b
	b) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示しているが、十分ではない。	
	c) アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)77.8%、b)11.1%であった。</p> <p>■取り組みの状況 利用者のニーズ把握についてはエントリーシート(家族記載)とフェイスシートに依っている。更に毎年「要望書」を本人や家族から提出してもらい、これによって時々のニーズを把握している。</p> <p>■改善課題 本人家族が提出する「要望書」には職員が記載する欄が用意され、提出された要望についての方向性を記載することとなっている。これによって課題を明確化することになっているとの主旨・ねらいとなっているようではあるが、必ずしも明確化については徹底してはいない。当事業所ではアセスメント手法の見直しとフィードバックの仕組みを確立することが課題だとしている。</p>	

Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		評価
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。		a
判断基準	a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。	
	b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。	
	c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)66.7%、b)22.2%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・個別支援計画策定責任者はサービス管理責任者となっており、サービス等計画相談を踏まえ、また「要望書」を参考にして事業所としての個別支援計画を策定している。個別支援計画策定項目として、心身の健康・社会生活・日中活動等があり、そこで支援の留意点などが具体的に記載されている。また個別支援計画策定に当たっては、本人及び家族・成年後見人の参加を依頼し説明・合意の手順を定め実施している。</p> <p>・改善課題：サービスの適否のチェックは、正規職員が日常的にチェックしているが、職員自己評価では、サービス実施計画を意識したサービスの実施に関し、肯定率は3割程度である。また、世話人への理解と周知について検討を期待する。</p>	

Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	b
	b) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	
	c) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)55.6%、b)22.2%であった。</p> <p>■取り組みの状況 見直しは本人に関き取りをしたり、本人の様子観察を行う等、利用者本位の視点で行っている。見直しについては、半年に1度検討会議を開くこととなっている。検討会議は、担当者・サービス管理責任者・利用者などで構成されている。検討会議を踏まえて、利用者にサインをもらう手順である。そして、変更したプランは閲覧できるように綴じている。2か月に1度世話人会があり、その場での周知をしている。急な見直しが必要な時は、担当者がサービス管理責任者に相談し、変更することとなっている。</p> <p>■改善課題 世話人会議は個別支援計画のモニタリングの場として位置づけられている。職員自己評価では利用者本位の視点での変更であることは88.9%となっているが、見直し手順や緊急に変更する仕組みについては肯定率は低い。今後アセスメント、検討会議も含め、個別支援計画の策定・変更手順をフローチャートにするなど、誰にでも分かる工夫が望まれる。</p>	

IV 具体的なサービス内容

IV-1 日常生活支援サービス

IV-1-(2) 入浴		評価
IV-1-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。		
判断基準	a) 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a
	b) 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情の配慮が十分ではない。	
	c) 利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮していない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)66.7%、b)22.2%であった。</p> <p>■取り組みの状況 ・一人ひとりの健康状態把握は、日々の利用者の健康チェックとして朝のバイタルチェックを実施している。更に日中活動事業所からの健康面の連絡を受け、入浴時の配慮事項としている。留意事項は個別支援計画に記載しており、確認している。 ・年齢が65歳以上の利用者としてんかん発作のある利用者については、入浴中の様子を見守ることとしている。また、入浴支援について、よく洗えているかどうかを定期的に確認している。その記録は日々の定められた様式に書くこととなっている。 ・改善課題：安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や支援・助言などの方法についてのマニュアルは用意されていないが、今後、支援上の課題を持つ利用者が入居した場合、また新規の職員や世話人が担当する場合の指導の在り方などについて、検討することを期待する。</p>	

IV-1-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。		評価
判断基準	a) 利用者の希望に沿って行われている。	a
	b) 利用者の希望に沿って行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者の希望に沿って行われていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)66.7%、b)22.2%であった。</p> <p>■取り組みの状況 入浴時間の設定は、てんかん発作等に対する安全管理上の必要から原則として世話人の居る間に実施することとしている。中には本人に任せて自分の判断した時間に入る利用者もいるが、世話人の居る間に入浴する場合でも本人の希望する時に入浴できることとなっている。入浴時間や回数は、利用者で相談し決めている。高齢者は、毎日ではなく2日に1度になったりする。あまり入浴したくない利用者は、本人と話し合いを週に2回は入ってもらうようにするなどしている。このことは記録として記載し、本人の意思と支援の考え方と実践を残すようにしている。</p>	

IV-1-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。		評価
判断基準	a) 環境は適切である。	a
	b) -----	
	c) 環境は適切ではない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)66.7%、b)22.2%であった。</p> <p>■取り組みの状況 設備や入浴器具の設置は、日常的には世話人が確認をし、必要に応じて世話人会議で検討することとなっている。脱衣場には冷暖房設備の設置はない。また一つのホームには、脱衣場がなくリビングの一角で着替えをしているが、カーテンで仕切り脱衣場として使えるようにように配慮し、世話人が居る時間での入浴としている。浴室は一人ずつ入る構造・大きさであり、入り口にドアの他にカーテンを設置する等の工夫をプライバシーへの配慮を意識している。</p>	

IV-1-(3) 排泄		評価
IV-1-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。		
判断基準	a) 介助は快適に行われている。	非該当
	b) -----	
	c) 介助は快適に行われていない。	
講評	現在は該当者がいないので非該当と判断した。今後の取り組みとして、定期的な排泄介助が必要な場合は、世話人・宿直者が基本的に対応するが、休日などで対応が困難な場合は常勤者が対応すること。また、車いすなどを利用している場合は、一つのホームがバリアフリー対応になっているので、このホームを利用することになる。課題として、世話人を始めとし、職員全員に対し排泄介助の研修が必要になる。また同性介助等の視点から対応が求められ、十分な検討が必要である。	

IV-1-(3)-② トイレは清潔で快適である。		評価
判断基準	a) 清潔で快適である。	a
	b) -----	
	c) 清潔かつ快適ではない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)66.7% c)11.1% であった。</p> <p>■取り組みの状況 トイレは一般住宅の洋式トイレである。トイレはプライバシー面も配慮されている。現状では介助の必要な利用者はおらず、この設備で適切と捉えている。掃除は毎日実施・点検をしており、清潔が保たれている。臭い対策も芳香剤によって実施しており、不快感は無い。冷暖房設備のないことが肯定率を低下させていると思われる。</p>	

IV-1-(7) 健康管理		評価
IV-1-(7)-① 日常の健康管理は適切である。		
判断基準	a) 適切である。	a
	b) -----	
	適切ではない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)88.9% c)0.0% であった。</p> <p>■取り組みの状況 利用者の健康管理は定められた書式があり、日々の検温を行いバイタルチェック表記載することになっている。また、健康維持・増進のために、日常的にはラジオ体操やストレッチ等の運動をするなど、健康維持にも配慮して実践している。健康相談については、バックアップ施設の看護師や嘱託医が中心になって実施している。健康診断を年1回受けており、その結果を踏まえての相談も実施している。この2年間で続いてガンに罹患した利用者がいたため、各種ガン検診も受けるようにした。インフルエンザ等予防接種は、本人や家族の承諾を得て実施している。また、歯科の定期受診には力を入れており、口腔衛生管理と助言指導を受けている。</p>	

IV-1-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。		評価
判断基準	a) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。	a
	b) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制は整備されているが、取り組みが十分ではない。	
	c) 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)66.7%、b)22.2%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の健康管理については緊急対応マニュアルがあり、職員が常に確認できる場所に掲示されている。 ・地域内に嘱託医、各科のかかりつけ医があり迅速な対応が可能である。地域特性として、専科クリニックが外科・眼科・耳鼻科・内科等々揃っている他、大規模総合病院もある。その利点を本事業所は活用することができている。医療機関は同法人のバックアップ施設の嘱託医等かかりつけ医と同所である。バックアップ施設の看護師が窓口となって連携が図られており、その看護師と本事業所との相談体制が確立していることで、医療機関との日常的な連携が保てている。更に、本事業所では本人が通院する時には、本事業所作成の「〇〇さんの通院資料」を職員が作成し、本人に持っていき、医師に診てもらおうようになっている。そして診療後には医師が所見等を書くことになっているなど、書式を用意すること情報の共有ができ、またでより適切な医療が受けられる取り組みとなっている。 	

IV-1-(10) 所持金・預かり金の管理等		評価
IV-1-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。		b
判断基準	a) 適切な管理体制が整備され、確実な取り組みが行われている。	
	b) 管理体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。	
	c) 管理体制が整備されていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)66.7%、b)22.2%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者への金銭管理支援については個別支援計画に基づいて実施している。例えば、銀行ATMの使い方を学習するために写真に撮り、見て学ぶこと、次に職員が支援しながら、実地で使い方を行ってみることをプログラム化して支援している。自己管理ができる人については、職員と相談しながら保管する場所を決めたり、小遣い帳記載を職員が確認しながら実施する等している。年金振込通帳を自己管理している利用者もあり、その管理の支援もしている。利用者の預り金については、取り扱い規定を契約書に記載している。残金報告は定期的には行っておらず、本人からの要望によって報告をしている。 <p>■改善課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通帳管理と印鑑管理は同一人物であり、預金の引き落としについても同一人物が行っている。このことから『b』評価とした。施設管理における相互牽制体制は取られていない。この点は重要であり、早急な改善を望みたい。 	

IV-1-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。		評価
判断基準	a) 利用者の意志や希望が尊重されている。	a
	b) -----	
	c) 利用者の意志や希望に十分応じていない。	
講評	<p>■職員の自己評価の結果は、a)88.9% b)0.0%であった。</p> <p>■取り組みの状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新聞・雑誌は個々人の自由で購入・購読し、テレビ・ラジオ等は個々人の希望に対応、テレビはほとんどの利用者が持っている。各ホームでは新聞とタウン誌を用意し、また利用者の嗜好を職員が配慮して、ジャーニーズ系のタウン誌などを選ぶこともある。今後は、共同利用の雑誌・テレビ等は利用者と相談をしながら決めていく方向が望まれる。 	

社会福祉法人クムレ

共同生活援助事業所 クムレ 御中

福祉サービス第三者評価「総評」

<使用した評価基準・判断基準と着眼点>

○使用した評価基準

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

○判断基準

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

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

a) 評価

よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

b) 評価

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

c) 評価

b) 評価以上の取り組みとなることを期待する状態

○評価細目ごとに示される「着眼点」

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

眼点の実施状況を参考にして、評価・判断が行われる。

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

○評価機関としての判断基準

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

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

当事業所の場合は、常勤職員 3 名、非常勤職員 6 名（世話人）を対象とし、各自が個別に自己評価した。回収率は 100%である。また、経営層の合議は、管理者兼生活支援員（チーフ）、サービス管理責任者、生活支援兼世話人の常勤職員 3 名で取り組んでいる。

<第三者評価の結果>

○特によいと思われる点

1、改善に向かう職員間のチームワークの良さ

当事業は、平成 12 年に開始し、現在 4 か所のグループホームを開設、利用者は 22 歳から 68 歳までの男性 16 名、女性 8 名の 24 名が入居している。

管理者は、今年度から現職に就任、1 年目である。法人は本事業について、増設や利用者の重度化への対応、サービスの質の向上などの方針を示しており、管理者はこの意向を受け止め活動の開始を意図している。

職員は常勤 3 名非常勤 7 名の体制であり、非常勤は世話人が 4 名、宿直専従者が 3 名である。利用者の食事の準備など日常生活に関しては世話人が担当している。管理者は世話人の力量がサービスの質の向上に大きく影響することに留意し、世話人へのわかりやすい情報の提供や共有の機会、またコミュニケーションの円滑化を重視している。その取り組みとして、2 か月に 1 回の世話人会議に加え、常勤職員と世話人が合同で取り組む個別支援計画のモニタリングを、6 か月毎から 2 か月ごとに変更するなどの改善をしている。

また今回の第三者評価、聞き取り調査には常勤職員 3 人が参加できるように配慮し、聞き取り調査の後、職員から「改善会議」の提案があり、それを受け止め即座に改善課題の検討を開始している。さらに評価報告・結果を活用し、事業計画においては、目標と具体

策の適切性を期し、確実な取組みになることを期待する。

2、受診、健康診断、健康相談など健康管理の取組みが充実している

日々の健康管理は毎朝のバイタルチェックを習慣化し、このデータを形骸化せず体調管理に生かしている。生活支援員及び世話人の利用者健康管理への意識の高さが伺える。通院については地域に各科が揃っている地の利を生かし、迅速に必要な医療が受けられる道筋を作っている。その取組みの一つとして、利用者が通院するときに必ず事業所が用意する物として「〇〇さんの通院資料」がある。これには本人の日常生活の様子として食事・睡眠・排泄・健康等意思が診察時に必要とする情報を職員が記載する。さらに同じ用紙に「医師のコメント欄」があり、診察後の所見と共に次の通院日が記載されている。

健康診断については、自治体で定められた項目にとどまらず、罹患した利用者が居たことを重く受け止め、がん検診も積極的に取り入れている。

また、同法人障害者支援事業所の看護師との協力体制が確立しており、必要に応じてスムーズな相談ができる体制が作られている、健康管理に向けた取組みが充実している。

○改善が必要と思われる点

1、課題解決に向けた具体策やスケジュール等をより明確化した事業計画の策定がもとめられる

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

しかし、事業計画で記述されている「具体策」には抽象的な内容表現が散見される。また、それらを達成するための具体的な手立て（例：方法、機会、時期、頻度、職員育成、体制など）に関する記述は少ない。「時期」の欄における「随時」「通年」という記述では具体性に乏しいと言わざるを得ない。

管理者は就任して1年目のため、未だ当事業所の事業計画策定には携わっていない。現時点では、次年度の計画策定にあたっては自立支援事業グループの統括とともに職員と相談しながら作成したいとしている。

小規模な事業所であることから、職員との十分な意見交換によって現状を分析し、課題解決に向けた具体策やスケジュール等をより明確化した事業計画の策定に期待する。

2、安全管理に関するリスクの想定、地域や法人内外の他事業所の事例収集、対応策の実施や見直しの徹底が求められる

利用者の安全管理のために避難訓練（年2回）、救急法講習会（年1回）、避難経路の掲示、利用者の緊急連絡先の明示、緊急告知FMラジオの設置などを実施している。

しかし、感染症や急病などはもとより、考えられる限りのリスクの想定と、それらに関する地域や法人内外からの事例収集、対応策の実施や評価などに関して必ずしも十分に取組んでいるとは言えない。また、4か所ある利用者の住居（グループホーム）は点在し、中には職員のいる事務室からは自動車での移動を要するところもあるだけに、安全管理には最大限の関心を持って臨むことが求められる。

訪問調査の際に一つの借家を観察した範囲では、その家屋の玄関から数メートルのところには水路があり、そこには特に柵なども設置されていなかった。事故のみならず災害も含めた危険度の想定が必要ではないだろうか。

特に災害に対しては、立地から想定される災害種類ごとの対策、設備面での備え、消火設備、備蓄、初動体制、安否確認、多様な想定での訓練、地域住民との協力体制、それらに対する継続的な評価や見直し、など検討課題は多い。さらなる取組みに期待する。

3、アセスメントの適切性を期し、情報収集シート、方法、個別支援計画への反映などの検討、そして一連の取組みの明確化が必要である

アセスメントを標榜する書式・帳票は無い。現状は、事業所では入居時に家族が記載する「GH利用者募集 エントリーシート（待機申込書）」を利用者情報としている。この内容は、基本情報として、障害手帳や収入状況、家族構成や成育歴、そして健康状態や生活・行動状態、支援のポイントである。利用開始後は、毎年度末に家族から帳票「今後の援助に対する要望書」（以下要望書）に記載をしてもらい、利用者の身体状況や生活状況、行動特徴などを把握し、フェイスシートという名称で保管されている。

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

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

4、苦情解決の仕組みを利用者が理解できるための工夫と実効性のある体制づくり

利用者の権利擁護の視点から、苦情に対する対応は重要である。そのためサービス利用開始時の契約の際に、必ず説明を要する「重要事項説明書」に苦情への対応を記載するよう規定されている。当事業所においても「重要事項説明書」の「苦情申し立て先」の項目に窓口対応者を明記している。その他、公的な機関である市役所の障がい福祉課、県社協内の運営適正化委員会の所在地と電話番号を記して事業所外にも相談・苦情を伝えることができるとしている。

しかし、この度の第三者評価受審に際し、実施した利用者調査の結果では、「外部の苦情窓口を知っているかの設問に対し、明確に「知っている」とした肯定率は0%であった。

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

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

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

5、標準化への取り組みとして世話人の業務を意識したマニュアルの整備に期待する

当事業所は4つのグループホームを常勤職員3名、世話人である非常勤職員7名、及び宿直専従者3名で運営する小規模事業所である。

事業所で業務の標準化への取り組みに文書化している主なものは、正職員用の「業務マニュアル」世話人用の「世話人マニュアル」「金銭管理マニュアル」など、ごく限られている。

標準化とは、利用者に対し画一的なサービス提供をするためのものではない。事業所の業務それぞれに対し、組織としての方針、使命を明確にしてサービスの質の均一化を図るためであり、利用者の個別性に配慮した支援は、これを前提として実施されるべきである。

特に利用者の具体的な支援を担う世話人は、曜日と時間によるローテーションを組んでの就業体制である。利用者の身辺整理を主な業務の世話人と利用者のかかわりは深く、世話人の影響を利用者は少なからず受けている。そのような重要な役割を持つ世話人が、事業所の支援方針を理解し役割意識を持つために、多様な方法で伝えて行く必要がある。そ

の一つが充実したマニュアルである。

例えば、事業所が大切にしている「自立」とはどのような意味を持ち、実際の支援場面ではどのように対処していくのかなど、「ホーム日誌」への記載ルール、担当職員へ伝えるべき事項・基準、或いは「世話人会議」で検討することは何かなどあらゆる文書化が想定される。サービスの質が世話人にかかっていると言っても過言ではないため、世話人を巻き込んで、優先順位に配慮した文書化（マニュアル）に期待する。



