

平成 25 年度
福祉サービス第三者評価 報告書

社会福祉法人クムレ
障害者支援施設（生活介護＋施設入所支援）
「障がい者支援施設あしたば」

2014 年 3 月 31 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
I 組織マネジメント項目	3
II サービス提供のプロセス項目	13
III サービスの実施項目	18
総評	21

(添付資料)

◆ 職員自己評価・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 24 年 11 月 5 日
- (2) 情報収集の実施（調査）
 - ①経営層自己評価 平成 25 年 9 月 1 日～9 月 28 日
 - ②職員自己評価 平成 25 年 9 月 1 日～9 月 14 日
 - ③利用者調査 平成 25 年 9 月 1 日～9 月 14 日
 - ④訪問調査 平成 25 年 10 月 30 日～10 月 31 日

2. 評価の実施方法

東京都福祉サービス評価推進機構が定める手法

3. 利用者調査

- (1) 調査の方法 アンケート調査
- (2) 調査対象者数 利用者 50 名

4. 評価調査者

新津 ふみ子（組織マネジメント項目担当）
坂本 佳代子（サービス提供のプロセス項目・サービスの実施項目）
北村 とし子（サービス提供のプロセス項目・サービスの実施項目）

5. 評価決定合議日

平成 25 年 11 月 23 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ー 新津 ふみ子
- (2) 評価責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 代表理事 新津 ふみ子
- (3) 連絡先
NPO 法人メイアイヘルプユー事務局
〒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 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 3/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(○○●●)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している ○非該当
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	○あり ●なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	○あり ●なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) ○非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(●●●)	
	評価	標準項目
	○あり ●なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている ○非該当
	○あり ●なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している ○非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(○●●●)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている ○非該当
	○あり ●なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○非該当
	○あり ●なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えていく ○非該当

カテゴリー1の講評

理念・基本方針は幅広く広報しているが、職員に対する周知徹底が課題である

法人の理念や基本方針は事業所内に掲示するとともに、法人が発行する広報誌、本事業所を紹介するリーフレット、ホームページなどで幅広く周知している。職員への周知には、法人理念とそれに基づく行動規範をまとめた冊子「ブランドブック」を配布している。事業計画は基本方針を意識して作成し、職員会議で報告・確認している。今年度から、法人主催の「階層別研修会」で、理事長が「理念」「基本方針」「今後の取り組み」などについて講話をしている。しかし、職員調査では、リーダー層も一般職員も5割の肯定率である。要因分析が必要である。

事業実施に関する法人・現場の検討の場は明確であるが、その周知が課題である

役職含む各職員の役割は「職務分掌」とし、年度当初に配布する。しかし、職員調査では、管理者は自らの役割と責任を職員に伝えているとは言い難い結果である。法人全体の方針・計画など重要な意思決定は、法人役員と各施設管理職による月1回の「経営会議」で行う。経営会議を頂点に、本事業所には月2回の「職員会議」があり、また職員会議に提出する議題は各班(5班)責任者の「キャップ会議」で検討され、さらに各現場の課題は班ごとに話し合う。経営会議の議事録は掲示し、周知している。しかし職員調査では、特にリーダー層の肯定率が低い。

利用者への理念・基本方針の周知、重要案件の周知について、職員の評価が低い

利用者・家族が、法人の理念、基本方針、そして本事業所の方針や年間事業計画を知る機会は、年4回配布される広報誌であり、主な情報源になっている。そのほか、家族主体の「家族会」が結成され、毎月の開催時に施設長が家族に対して事務連絡しているが、連絡内容は職員に周知されていない。施設長が家族に通知すべきと判断した情報は、サービス管理責任者が文書送付している。職員調査では「理念・基本方針について利用者本人や家族等の理解が深まる取り組み」「重要案件の周知」などで肯定率が低い。改善を期待する。

2			カテゴリ-2	
経営における社会的責任				
サブカテゴリ-1(2-1)				
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		3/4
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している				
評点(○●)				
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している			○非該当
○あり ●なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる			○非該当
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている				
評点(○○)				
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる			○非該当
●あり ○なし	2. 透明性を高めるために、地域の方の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している			○非該当
サブカテゴリ-2(2-2)				
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		6/7
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある				
評点(○○)				
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)			○非該当
●あり ○なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている			○非該当
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している				
評点(○○○)				
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している			○非該当
●あり ○なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)			○非該当
●あり ○なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている			○非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている				
評点(○●)				
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している			○非該当
○あり ●なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている			○非該当

カテゴリー2の講評

利用者の「人権擁護」や職員の「行動規範」に関する複数の取り組みがある

職員が守るべき行動規範・倫理については、法人の理念とそれに基づく行動規範を文書化した小冊子「ブランドブック」と「知的障害施設職員行動規範」を配布している。また、事業所内に人権委員会を立ち上げ、虐待防止等に関する学習会・事例検討を実施している。この人権委員会が中心となって支援の心得「利用者の人権を守るためのガイドライン」を事務室・食堂・廊下などに掲示し、ガイドラインに則って自己チェックする方策が進められている。一方、関連制度等の周知については、法人として方針を決定し、確実に取り組んでいく計画性が求められる。

情報開示による透明性確保が意識され、また行事等の情報は各戸配布としている

「愛され、信頼される」法人を目指し、運営の透明性を高めるため、情報開示に力を入れている。その一環として第三者評価に先駆的に取り組み、評価結果は法人ホームページで一部公表している。法人の決算書(財務諸表)も掲載している。法人としてホームページによる情報開示の充実に取り組んでいるが、本事業所の活動は、年数回の「新着情報」の掲載はあるが、さらなる取り組みを期待する。年4回発行の会報には本事業所の取り組みも随所に掲載され、法人は関係機関等に配布している。本事業所では、行事等の情報は各戸配布としている。

地域移行を目標に、関係機関の情報集収集・連携を課題とする取り組みを開始している

本事業所の地域貢献としては、施設備品の貸し出しのほか、依頼を受けた大学・フォーラム等に講師を派遣している。また「地域連携委員会」を立ち上げ、ボランティアの受け入れ・募集、地域交流などを課題に活動している。さらに「地域移行委員会」では入所者の地域移行を目標に掲げ、地域関係機関の情報収集と連携体制づくりを開始している。これら委員会の取り組みを充実させ、本事業所の知名度を高めること、障害に対する地域住民の理解を深めることなどを課題にしている。地域連携・地域移行に向けた2つの委員会の積極的な取り組みに期待する。

3			カテゴリ3	
利用者意向や地域・事業環境の把握と活用				
サブカテゴリ1(3-1)				
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			7/8	
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) 評点(〇〇)				
評価		標準項目		
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている			○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる			○非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる 評点(〇〇〇)				
評価		標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる			○非該当
●あり ○なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している			○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる			○非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している 評点(〇〇●)				
評価		標準項目		
○あり ●なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる			○非該当
●あり ○なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる			○非該当
●あり ○なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している			○非該当
カテゴリ3の講評				
<p>苦情解決制度を明示し、苦情については「キャップ会」で話し合い、対応している</p> <p>利用契約時の「重要事項説明書」に施設内外の苦情対応窓口や連絡先を明示し、説明している。第三者委員を2名を置いているが、法人として相談事項を判断して活用する位置づけのため、まだ活用したことはない。家族会や家族から直接口頭で寄せられた苦情等は施設長・サービス管理責任者に集約され、キャップ会の検討を経て、職員会議で報告される。また「意向・苦情・要望発生処理報告書」に記載され、法人の会議に報告される。家族調査では、約6割が「不満・意見などがあれば職員に気軽に言える」と回答している。</p> <p>本人意向の把握には「家族会」を活用しているが、日常行動などにも注視している</p> <p>重度知的障害と自閉症を併せ持つ利用者が多く、その障害特性から意向の把握には工夫が必要である。行事や旅行先などは家族にアンケート調査している。家族には「人権ガイドライン」を対象としている「日常の支援内容」に関するアンケート調査も行っている。食事のことは、栄養士など厨房の職員が摂取状況を把握し、また職員からも意見聴取して「ヘルシー委員会」で検討する。利用者の日常の行動からストレスフルな状態に気づいたときは個別面接の時間の「ケースワーク」を設け、本人の背景を理解し、対応を検討している。</p> <p>福祉事業全体の動向の把握・分析は法人本部が担当し、事業計画に生かしている</p> <p>地域の福祉ニーズの把握は、これまで主に法人本部の役割であり、本事業所は地域との関係性が希薄であったが、地域連携委員会の活動として地域に「サロン」を開設し、地域住民との交流などを通じた地域情報の収集に努めるようになってきている。なお、福祉事業全体の動向は、理事長が中央の情報ははじめ豊富に収集して「経営会議」で報告している。その内容は議事録として回覧されている。また、動向の分析は法人本部が担当し、中期ビジョンの策定と年度計画の重点項目の設定に生かしている。現場では、関連機関の情報誌などから情報を把握している。</p>				

カテゴリ4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 9/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		評点(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	2. 年度単位の計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		評点(000●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	○非該当
○あり ●なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	○非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(000●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にしている	○非該当
○あり ●なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

3/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(○○○●)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○非該当
○あり ●なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	○非該当
●あり ○なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○非該当

カテゴリ-4の講評

年度計画の目標達成には、各種委員会・各班の活動を充実させて取り組んでいる

中長期計画は法人本部が作成し、中長期ビジョンと事業部ごとの重点目標を踏まえて「事業所目標」が定められ、年度計画が作成される。年度計画には、事業所目標の目標値の設定、達成のための具体策、実行計画(実施の時期等)などを明示している。目標に取り組むため各種委員会(人権委員会、地域連携委員会、地域移行委員会、リスクマネジメント委員会、環境委員会、ヘルシー委員会)を立ち上げ、また班ごとに活動内容を検討し、目標達成に向けて計画を作成している。

本事業所が作成する「事業計画」は、職員の参加や役割の視点からの検討を期待する

事業計画の作成時期は、本部から伝達される。事業計画の作成に際し、施設長は、班ごとの計画の実施状況を聞き取り、それを参考に本事業所として計画内容を検討し、それをサービス管理責任者に打診している。職員調査では、事業計画作成に、現場の意向が反映される取り組みになっていない。職員参加を課題に、計画の作成過程や、事業所の全体計画と各班・委員会計画の連動性を明確にする必要がある。委員会計画の進捗状況の確認は、事業所内部で中間報告会を実施し、事業所の全体計画については事業部会議で報告・確認されている。

リスクマネジメントプロジェクトを設置し、事故予防に積極的に取り組んでいる

防災訓練は利用者を交え毎月実施し、警察署と「交通安全教室」も開催している。また「感染症」「救急法」への理解を深め、即座な対応を目的に職員会議時(後半)に看護師が講義する取り組みがある。入浴時の事故経験を契機に利用者の個別状況に応じた支援の留意点や所内の危険箇所を「事故予防対策」として明確にしている。事故発生時は現場検証し、要因分析を行い、対策を周知している。ヒヤリ・ハット事例はできるだけ多く報告する方針で、班会議で対策を検討し、事故報告に記載する。災害発生時の対策は、今後の取り組みである。

5			カテゴリー5	
5			職員と組織の能力向上	
			サブカテゴリー1(5-1)	
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	
			3/8	
評価項目1			事業所にとって必要な人材構成にしている	
			評点(000)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している		○非該当	
●あり ○なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている		○非該当	
●あり ○なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる		○非該当	
評価項目2			職員の質の向上に取り組んでいる	
			評点(●●●●●)	
評価	標準項目			
○あり ●なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している		○非該当	
○あり ●なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している		○非該当	
○あり ●なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している		○非該当	
○あり ●なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている		○非該当	
○あり ●なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している		○非該当	
			サブカテゴリー2(5-2)	
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	
			3/7	
評価項目1			職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる	
			評点(000)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している		○非該当	
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる		○非該当	
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる		○非該当	

評価項目2 職員のやる気向上に取り組んでいる		評点(●●●●)
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○非該当
○あり ●なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○非該当
○あり ●なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
○あり ●なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○非該当
カテゴリ5の講評		
<p>人事制度は「キャリアパスの手引き」に明示しているが、人材採用には課題がある 人事制度の体系を定め、冊子「キャリアパスの手引き」に内容をまとめて職員に配布している。冊子には人材育成方針や目指す人材像が明示され、職務基準、階層別研修体系、人事考課制度、目標管理のしくみなどの人事制度に関する取り組みが解説されている。職員調査では、特に一般職員に「わからない」の回答が5割あり、要因分析が必要である。職員の定期・中途採用は法人本部が担当している。適材適所の人材配置を志向し、施設長が年度末に職員面接で本人の意向等を把握し、サービス管理責任者などに相談の上、決定される。</p> <p>法人として「目標管理のしくみ」はあるが、実施状況に課題がある 法人の理念・方針、中長期目標、事業所の目標が、個々の職員の業務目標に連なる「目標管理のしくみ」を整備している。階層ごとの役割と、それに応じた法人の研修体系も整えられ、目標管理のしくみと一体的に運用されている。この目標管理制度では、まず自らの課題を検討し、上司と面接することになっている。しかし、本事業所では、面接者の役割を担う上長が全常勤職員に面接できていない現状が影響し、職員調査では「実施されていない」という評価である。なお、研修受講後は報告会を行い、新人育成にはOJTチェックシートを活用している。</p> <p>常勤・非常勤職員の「やる気・働きがいの向上」が最優先課題である 「キャップ会」「ユニット会議」など職員間で話し合う機会が確保されている。また、年度末の法人全体の「事例研修発表会」や、大学から招聘したスーパーバイザーを活用した研修会など、人材育成には積極的に取り組んでいる。しかし、職員評価では「育成・評価・報酬」「やる気・働きがいの向上」に関して、特にリーダー層の評価が低い。就業状況に関する評価も同様である。各班を統括するキャップクラスの人材育成、人事考課制度の不透明さ、また夜勤・支援業務などの直接支援に関与している非常勤職員の位置づけや、その人材育成の充実が課題である。</p>		

7			カテゴリ7	
7			情報の保護・共有	
			サブカテゴリ1(7-1)	
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			6/7	
評価項目1			事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる	
			評点(000)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している		○非該当	
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・保管している		○非該当	
●あり ○なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している		○非該当	
評価項目2			個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している	
			評点(000●)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している		○非該当	
●あり ○なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している		○非該当	
●あり ○なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している		○非該当	
○あり ●なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている		○非該当	
カテゴリ7の講評				
<p>情報管理にはパスワードを設定し、保管とともに必要な資料は配布・閲覧で共有している</p> <p>事業所内の機密情報・個人情報は、すべて事務室内の施錠可能な書庫に保管される。会議関連資料類はファイルされ、1年ごとに更新している。なお、利用者支援のための情報、支援書、会議資料などは、配布と閲覧を基本的な取り扱いとしている。閲覧者は非常勤職員も対象とし、閲覧のつど押印する。また、利用者の個別支援計画・支援内容はパソコン上で共有できるが、パスワードが設定され、役職に応じてアクセスできる情報管理システムとする。</p> <p>職員に対する「個人情報保護」に関する周知徹底のための取り組みが必要である</p> <p>法人として「個人情報の取り扱い方針」を定め、契約時に利用者に説明している。重要事項説明書に個人情報保護に関する項目はないが、利用契約書には、利用者に関するサービス記録の閲覧、複写物の交付などが可能であると明示している。個人情報の利用目的は「個人情報使用同意書」に明示され、この同意書で契約している。しかし、職員自己評価では「個人情報の保護・共有」の肯定率が低い。改めて「利用者の個人情報保護に関するマニュアル」などを作成し、職員への周知徹底を図る必要がある。</p>				

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
	サブカテゴリ1	
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
	評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している	評点(0000)
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している ○非該当
	●あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている ○非該当
	●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している ○非該当
	●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の見学があった場合には、個別の状況に応じて対応している ○非該当
	サブカテゴリ1の講評	
	<p>利用者等に幅広く情報提供する媒体は「ホームページ」である</p> <p>事業所の情報を幅広い対象に向けて提供する媒体(ツール)には、法人本部「広報委員会」が作成または発行するホームページ、機関誌「ふれあい」、事業所独自の「リーフレット」などがある。特に「ホームページ」には、法人全体の理念・方針、法人が運営する各事業所、サービス内容、曜日による活動内容などを、写真も適宜取り込んで紹介している。社会に向けて幅広く、広範に情報発信するための媒体であるホームページの特徴を生かし、新着情報を取り込むなど、情報提供の適時性に配慮している。</p> <p>リーフレットは関係機関に、季刊誌は家族・利用者のほか地域を中心に配布している</p> <p>リーフレットは、利用者が創作した写真を使用し、全体の色調も含めて読み手に配慮した親しみやすさへの工夫が見られる。利用希望者の相談が集まりやすい地域の障害者相談支援センター、行政担当窓口、特別支援学校等に配布している。ただし、利用者等がサービスの選択を目的として利用するには、事業所の特色などの記載内容が不足している。一方、機関誌「ふれあい」(クムレだより)は、利用者・家族への配布のほか、職員と利用者が、手渡しを基本に、時にはポスティングによって約200部を本事業所の周辺地域に配布している。</p> <p>見学者にはサービス管理責任者等が対応し、相部屋であることなどを説明している</p> <p>利用希望の問い合わせ、見学者への対応は、管理者、サービス管理責任者の業務としている。見学は、月～金曜日の9時から15時までとし、利用者が日中活動で事業所内に不在である時間帯に設定している。見学者には事業所内を案内し、日中活動などのサービス内容とともに、相部屋であること、待機者がいるがサービス利用開始は必ずしも待機順ではないことなどを説明している。その上で、サービス利用の要望があれば待機者として登録している。利用にあたっては、ショートステイによる「体験入所」を薦めている。</p>	
	サブカテゴリ2	
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 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	評点(000)
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している ○非該当
	●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている ○非該当
	●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している ○非該当

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー2の講評

サービス開始時の説明は家族中心に行い、料金や苦情対応窓口は特に丁寧に説明している

サービス開始時の説明は、管理者またはサービス管理責任者が、重要事項説明書を用いて主に家族に説明する。この説明は2時間ほどかけて全般的に行うが、特に利用料金、相談・苦情の申し立て先については丁寧に伝えることにしている。サービス利用に関する利用者・家族の意向・要望は、家族が記載する様式「サービス利用申立書」「現在の生活状況と本人・家族の要望書」で把握し、暫定ケアプランの作成につなげている。基本的な生活上のルールをわかりやすくまとめた「入所のしおり」などを準備する必要性についても検討を期待する。

家族・前施設などの提供情報を活用して暫定プランを作成し、職員間で共有する

サービス開始時の支援は、サービス利用決定から入所までの2カ月間に、家族が記載した「サービス利用申立書」「現在の生活状況と本人・家族の要望書」や、入所前の利用施設あるいは特別支援学校などからの情報をもとにサービス管理責任者が作成した暫定ケアプランで実施する。支援の留意点も含む暫定ケアプランは職員会議で説明し、全職員に配布することで、利用者状況に応じた支援が実施できるように努めている。新入所者の多くはショートステイの体験入所を経ているため、比較的スムーズに新しい環境に馴染めていると事業所は考えている。

サービス終了時は、支援継続を意識した丁寧な関わりを実施している

地域や他施設への移行等によりサービス終了となるが、毎年、サービス終了事例は多くはない。昨年度は、ケアホームに移行した利用者がいた。サービス提供場所の変更には、利用者・家族から相談を受けてから実際に移行決定するまでに6カ月程度の期間を要する。利用者の意向を大切に、相談支援機関を中心に、利用者・家族、移行予定先の事業所などと複数回のケア会議を重ねている。その際に本事業所での生活の様子などを情報提供している。穏やかに移行できることを課題とした丁寧な関わりである。

サブカテゴリー3

3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 10/10
----------	------------------------	--

評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、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		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4 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		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー3の講評

アセスメントは「ユニット会議」で検討し、看護師などの意見を反映させている

暫定ケアプランでサービス提供している入所後3カ月間に、担当職員を中心に利用者情報を収集して所定のアセスメントシートに記載する。心身の健康状態、基本的生活、社会生活などの項目で構成されるアセスメントシートは「ユニット会議」で検討され、看護師などの意見も反映させて課題抽出するしくみである。アセスメントの見直しは、毎月のモニタリングをもとに半期ごとに実施している。昨年度から、外部有識者を毎月招き、帳票類の充実を課題にアセスメントや個別支援計画作成の手法の学習にも取り組んでいる。

個別支援計画のプロセスを明確にし、確実に実施している

個別支援計画は、アセスメントに基づき、担当職員がサービス管理責任者の指導で作成している。1年間を見通して利用者・家族の要望に応じた原案を作成し、ユニット会議で検討して確定する。利用者の要望は日常の支援過程で把握し、家族の要望は半期ごとの振り返りの際に「今後の援助に対する要望書」を提出してもらい、確認している。作成した個別支援計画は、家族面談で説明し、同意を得ている。見直しは毎月のモニタリング結果を受けて半期ごとに実施する。計画の緊急変更の必要性は管理者・サービス管理責任者が判断する。

支援目標の達成状況は毎月の「職員会議」で報告し、計画の見直しに生かされる

利用者の個別支援計画は、ユニットごとに配布して全職員が目を通す。利用者の日々の様子はパソコン入力で「心身の健康」「基本的生活」など個別支援記録の支援種別項目ごとに記載される。毎月、担当職員によって、具体的な支援目標の達成状況が「ユニット会議」を通して職員に報告される。なお管理者層はモニタリングの視点の共有化を課題にしている。週末外泊の際に家族が家庭での生活の様子等を記載した「連絡ノート」の内容や、生活で起きた変化など利用者の日々の状況は、毎日の朝礼・終礼で職員間で共有されている。

サブカテゴリー5

5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	7/7
---	--------------------	-------------------	-----

評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外とやりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に予防・再発防止を徹底している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ5の講評

支援上の留意点をガイドラインとして作成し、プライバシーへの配慮を促している

利用者の個人情報等を外部に提供するには、入所契約時に利用範囲を定めた文書で同意を得て行っている。また、ホームページや広報誌への写真掲載も、そのつど家族から同意を得ることになっている。また、利用者の日常生活、余暇、接遇、利用者のプライバシー、個人情報保護に関する支援の心得などが書かれた「利用者の人権を守るガイドライン」を作成し、利用者のプライバシーへの配慮を促すとともにその徹底を図っている。実習生、ボランティア、離職する職員とも利用者の個人情報保護に関する誓約書を交わし、不用意な漏洩を防いでいる。

入浴支援や2人部屋での生活などについて、さらなる改善が求められる

利用者の羞恥心への配慮として、入浴・排泄時の直接的支援は同性介護とし、そのため職員は男性・女性職員の2人夜勤体制としている。一方、浴室には利用者ごとの支援の留意点を掲示し、入室者なら誰でも見られる状況であり、羞恥心、プライバシーの両面から一層の配慮を期待したい。2人部屋の居室は、ベッド間の仕切りが現状では取り付けられていない。今後はユニット化に向けて個室対応の構想があり、職員は意思表示が困難な利用者が多いなか、コミュニケーション方法を家族の情報、観察、支援の積み重ねなどで獲得し、対応している。

人権委員会が中心となり、多様な方法で利用者への不適切な言動の防止に取り組んでいる

利用者の人権擁護に関する認識を深めることを掲げ、本事業所では職員による不適切な言動の防止に取り組んでいる。法人内に設置された横断的な「人権プロジェクト」をはじめ、事業所内に置かれた「人権委員会」が中心となって関連する学習会を開催するとともに、2カ月ごとに職員が自らの言動を振り返るアンケートを実施し、それをもとにした話し合いやロールプレイなどを行っている。「利用者の人権を守るガイドライン」の所内掲示、行動規範を記した「しおり」の常時携帯など、職員による不適切な言動はいつでも起こり得ることを前提に対策している。

サブカテゴリ6

6 事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	9/11
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(〇〇●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	○非該当
●あり ○なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	○非該当
●あり ○なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	○非該当
●あり ○なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	○非該当

サブカテゴリ6の講評

多分野の業務のマニュアル化に取り組み、職員が共通理解を深めるようにしている

「あしたば職務遂行要領書」は生活の基本となる食事・排泄・入浴や心身の健康対策などの手順をまとめたもので、その他にも、看護師作成による「感染症」「服薬」「災害」「緊急時」対応マニュアルや「個別支援計画作成マニュアル」がある。特に重要としているのは「感染症」「服薬」「緊急時」マニュアルで、感染症は活用頻度も高い。緊急時対応では手順を浴室等に掲示しているほか、職員が常に携行することを義務づけている。浴室、活動室、個別スペースに、文書化した利用者ごとの支援手順や留意点を掲示して、職員の共通理解を図っている。

随時サービス内容を改善し、マニュアルを見直しているが、計画的実行に期待する

サービス改善やマニュアル見直し時期に取り決めは特になく、ヒヤリ・ハット事例などから適宜行っている。例えば、重度障害の利用者の入浴時間を、職員配置の多い時間帯に変更して事故減少につなげるなどである。利用者の代弁者である家族や職員の意見・提案は、見直しに反映させる方針である。職員の意見は「改善提案・要望」アンケート、ユニット会議、キャップ会で把握し、家族の意見は毎月の家族会、週末帰宅時の連絡帳の記載などをその機会として認識している。現在の随時の見直し体制から、基準づくりを検討するよう期待する。

各会議を通じて基本事項を周知し、研修・OJTを充実させ、業務の標準化を期している

各会議や申し送りを通じて、基本事項を全職員に周知している。職員は、外部講師を招いた研修会など知識・技術の習得機会を多く持っている。利用者の安全確保のため、看護師は救急救命・心肺蘇生法などを職員に指導している。実技を交えたその指導では、発作が起きた場に即した対応が必要とし、実際に利用者の活動場所で実践的な研修をしている。浴室にはヒヤリ・ハット事例に基づく危険箇所を図で掲示し、職員に注意喚起している。新人研修はチューター制により、主にOJTで業務を学ばせている。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ-6-4)

サブカテゴリ-4	
サービスの実施項目	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 18 / 18
<p>1 評価項目1 個別の支援計画等に基づいて、利用者の望む自立した生活を送れるよう支援を行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>	
評価	標準項目
●あり ○なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている
○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している
○非該当	
●あり ○なし	3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している
○非該当	
●あり ○なし	4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている
○非該当	
評価項目1の講評	
<p>毎月の「ユニット会議」で、個別支援計画に基づく支援の進捗状況を確認している</p> <p>毎月の「ユニット会議」では、利用者の情緒・日常生活動作・外出などの項目ごとにモニタリングを行っている。その際に、個別支援計画の進捗状況についても確認している。本事業所では「利用者担当制」とし、ユニット会議の内容は担当者が記録している。ユニット会議で検討した内容は、さらに「職員会議」に諮ることとされ、段階を踏んで確認を進めていくしくみである。このような丁寧なモニタリング体制により、個別支援計画に基づいた利用者への支援内容等を確認している。</p> <p>言葉だけに依拠せず、書面の記載を活用してコミュニケーションへの支援を行っている</p> <p>コミュニケーション支援として、伝達・理解するための方法を利用者ごとに工夫している。言葉だけに依拠してコミュニケーションが可能となる利用者は多くない。仮に言葉でコミュニケーションしていても、不明瞭であったり、言葉のつながりがわかりにくかったりするため、本人に書いてもらう工夫も併用している。利用者の理解を促すため、カードを利用して手渡しで示したり、並べ方でスケジュールを伝えることなどに取り組んでいる。言葉でのコミュニケーションでも、障害特性を考慮し、全体にはなく個人に対して話しかけるように配慮している。</p> <p>人間関係への支援では、本人と個別の話し合いを持つなどの工夫をしている</p> <p>本事業所では、周囲の人との関係づくりに必要な視点として「自己コントロール」「他者の立場の理解」「仲間との協力」「過ちを認められること」などをポイントとしている。これらの必要な視点を明確にしながら、場合によって本人と個別の話し合いを実施し、要因分析と一緒にするなどして人間関係の改善を図っている。利用者同士の関係では、ともしればストレスフルな互いの言動などから、自傷行為、他者攻撃などの可能性があるため、これらについては必要に応じて環境改善を図ったり、利用者同士の接触の機会を調整するなどの支援をしている。</p>	
<p>2 評価項目2 利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>	
評価	標準項目
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している
○非該当	
●あり ○なし	2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている
○非該当	
●あり ○なし	3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている
○非該当	
●あり ○なし	4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している
○非該当	

評価項目2の講評

班活動5種類、クラブ活動7種類ほか「その人らしさ」を実現させる活動を用意している

班活動には、割り箸の袋入れ、ボールペンの組み立て、ペットボトルのリサイクルなど、本人の適性を考慮して選べる5グループある。クラブ活動にも、散策・トレッキング、音楽、料理、お茶、陶芸、芸術、スポーツの7種類が用意され、選択して週1回の活動が実施できる。活動内容は、余暇担当者が毎年見直ししており、利用者にふさわしい種目が準備できるよう追究している。その他、班活動として外出にも取り組むなど、家族と各活動担当者の双方にアンケート調査を実施して「その人らしさ」が発揮できる活動を実施できるように努めている。

決まりごとには利用者の意向を反映させて「過ごしやすい生活環境」を工夫している

利用者の障害特性を踏まえ、意向を反映しながら個別に日課などを決めていくことが本事業所の特色であり、例えば「喫煙」も個の意向を受け入れて、事業所の決まりごととしている。生活環境づくりには「環境委員会」があり、改善に努めている。例えば、修理箇所は「営繕確認シート」でチェックし、清掃も汚れ具合のチェックや実施確認を行っている。環境委員会として年2回の「実施状況報告」を行うことで、利用者の「過ごしやすさ」を高める努力をしている。部屋の構造化による環境改善に努めているが、衝立の素材や高さなど一層の改善を期待する。

食事が楽しい時間となるように工夫している

食事は、健康で安全であることを基本に「楽しみ」となることに心がけ、事業所では栄養士・看護師・調理士・言語聴覚士により構成される「ヘルシー委員会」を中心に実践している。今年度は、咀嚼力に課題のある利用者に「ソフト食」の導入を図るなど、食べやすさを工夫した。また「行事食」のほか、イベント時にはいつもと見た目も異なる「ワンプレートメニュー」や「選択メニュー」にするなど、変化をつけて楽しみのための工夫に心がけている。利用者の嗜好は「職員アンケート」や「検食簿」で確認し、利用者の希望を反映するように努めている。

3 評価項目3

利用者が健康を維持できるよう支援を行っている

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の健康状態に注意するとともに、利用者の相談に応じている	○非該当
●あり ○なし	2. 健康状態についての情報を、必要に応じて家族や医療機関等から得ている	○非該当
●あり ○なし	3. 通院、服薬、バランスの良い食事の摂取等についての助言や支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 【利用者の薬を預ることのある事業所のみ】 服薬の誤りがないようチェック体制を整えている	○非該当

評価項目3の講評

利用者の健康管理を実施し、必要な情報は家族・医療機関から入手している

利用者から体調不良を訴えることは困難なので、日常的に職員がバイタルサインをチェックしている。特に感染症の流行する冬期は毎日検温し、健康維持に努めている。また、肥満対策として白米の代わりにカロリーコントロール食品を提供するなど、食の安全に配慮した上で、苦痛も与えずに減量できる支援をしている。なお、利用者が主治医を受診する際は、家族が同行する場合と看護師が同行する場合がある。家族からは必要情報を口頭や「連絡帳」で入手し、主治医からの情報は直接看護師が入手することで、利用者の健康管理に役立っている。

緊急時に備えた現実的な場面設定で研修を実施し、速やかに対応できるようにしている

利用者の体調変化への対応は、どの生活場面で生じるかによって異なってくる。それを踏まえて看護師が講師となり、各作業班の場で救命方法などの研修を実施している。なお、実際の緊急時には、定められた書類を持参して看護師が通院する体制となっている。また、日常の健康管理は、近隣の内科嘱託医が通院時に車中の利用者のところまで出向いて診察してくれたり、懇意の歯科医が特別診療日を設定して利用者のみ通院できるように配慮するなど、医師との連携・協力関係がつけられており、利用者の健康維持・管理が実現できている。

薬の管理は看護師が担当し、服薬は複数担当者のチェック体制を整えている

利用者の約9割が常時服薬している。薬は、家族が持参する場合も含めて、看護師が医務室で管理している。看護師は朝・昼・夕の服薬時間ごとに「服薬ボックス」を色分けして誤薬を防ぐ工夫をしている。服薬担当者は、食事ごとに事前に決められ、基本的に服薬支援のみに専念できる体制としている。配薬時に間違いがないかを確認し、服薬時には薬を目視しながら患者の氏名を読み上げ、突き合せてチェックしている。現在の課題は、利用者が薬を口から落してしまうケースの改善で、今後は薬を飲み込むまでの確認体制を確立するように期待する。

4 評価項目4

利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族等との協力については、利用者本人の意向を尊重した対応をしている	○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者の日常の様子や施設の現況等を、家族等に知らせている	○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて家族等から利用者・家族についての情報を得て、利用者への支援に活かしている	○非該当

評価項目4の講評

本人に意向を確認するのは困難で、そのため家族に直接報告等をしている

利用者は、重度知的障害と自閉症を併せ持つ場合が多く、その障害特性から、意思表示は非常に難しい。そのため、職員は本人の意向を推察し、家族に伝えるようにしている。例えば、利用者が家族に買ってもらいたい物があると思われる場合や、家族に施設に来てもらいたい、あるいは来てもらいたくないと思っているだろうと推察できるときには、その代弁者として役割を担っている。今後は、利用者の意向を把握するためのコミュニケーション力をさらに高め、利用者を尊重した対応に一層努めることが望まれる。

すべての家族に対して、現況報告を月1回以上実施している

週末に帰宅する利用者は少なくない。帰宅時には、施設での生活がわかるよう「家庭連絡表」の丁寧かつ詳細な記載で現況報告している。帰宅しない利用者にも、月1回は電話等で報告する。家族会が清掃作業などを行う「家族作業日」には「家族懇談会」を開催している(年8回)。懇談会では、家族に口頭で利用者の現況報告をするよう努めている。現在は、全利用者の家族が通院も含めて何らかの用件で毎月来園するため、日常的に「家庭連絡表」をやり取りする機会の少ない利用者家族には、来援時に直接口頭で伝えるようにしている。

週末に家庭で過ごす様子や、薬の変更などを確認している

週末に帰宅する利用者の家族には「家庭連絡表」で家庭での生活や情報を伝えてもらっている。自宅からの外出の有無や、イベント参加などの情報を得ることで、施設での話題づくりや外出先の選択等の参考にしている。特に、体調の維持・管理は双方の情報共有と協力によるものであるため、例えば薬の変更時は変更理由と処方薬の説明書を必ず伝えてもらうようにして、確実な連携に努めている。一方、週末の帰宅が少ない利用者家族との情報共有については、現状で十分とは考えていない。これからの課題として認識している。

5 評価項目5

利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者が地域の情報を得られるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域の資源を利用し、多様な社会参加ができるよう支援を行っている	○非該当

評価項目5の講評

地域の情報は職員がまず把握し、利用者が参加しやすい行事の情報等を伝えている

本事業所では、利用者に提供すべき地域情報は、実際に作業や買い物等で施設から出向くことのあるエリア内の情報と考えている。行事の情報は掲示して伝えている。しかし、多くの利用者が見てわかるようになるためには、表記方法を工夫する必要がある、今後はその実践が必要と認識している。「公民館だより」や広報誌などからも、利用者に伝えたい内容を選び、表現方法を工夫して掲示したり、ファイルするなどの改善ができると考えており、その実践に期待したい。

地域の行事には積極的に参加しているほか、施設外の社会への参加を勧めている

生活エリアから離れた地域に作業場所をつくり、日々通勤する日課づくりも進めているほか、地域での買い物、理容院・美容院の利用など、できるだけ地域の資源を活用した生活を送るよう積極的に勧めている。地域住民としての生活が可能となるように、法人機関誌「ふれあい」の近隣住民への配布(利用者が戸別訪問)、地域の清掃活動、地域の祭りへの出店(利用者が売り子となって地域住民と触れ合う)などの活動機会をつくっている。これらによって、多様な社会参加に向けた支援を実施している。

本事業所は、第三者評価の自己評価を9月25日に作成させています。しかし、訪問調査・聞き取り調査を実施した10月30～31日の時点で、管理者・施設長が交代しており新規に配置された管理者は、引き継ぎ途中でした。そのため第三者評価の評価項目「組織マネジメント」分野において、十分な情報をまだ持っていない状態でした。新管理者はこれまで本事業所のチーフ・生活支援員として現場の支援を担当しており、第三者評価の評価項目「組織マネジメント」分野において、十分な情報をまだ持っていない状態でした。そこで、この分野について情報を持っていると事業所側が判断したサービス管理責任者が同席し、聞き取り調査を実施しました。しかし、十分な情報が得られたとは思いません。得られて情報の範囲で評価をさせていただきます。

新管理者は話しにくく、また辛かったのではなかったかと察します。それにもかかわらず真摯に対応していただきましたことに改めて感謝申し上げます。

<特に優れていると思われる点>

サービス分野において特に優れた取り組みが多くありました。その中でも特筆すべき点をあげます。

1、個別支援計画作成のプロセスと情報の共有の適切性

①作成プロセスの丁寧さ

サービス開始時の情報からサービス管理責任者が暫定プラン作成し全職員に配付し共有。そして担当職員は入所3か月でアセスメントと個別支援計画(以下プラン)を作成、担当職員により毎月具体的な目標に対する実施状況はモニタリングされユニット会議で報告、これをもとに半期ごとにプランの振り返り・見直しを繰り返し、1年を見通してプランを作成している。職員自己評価でも肯定率は高い。

②職員参加による取り組みと共有

アセスメントからプラン作成時は看護師が参加、そしてユニット会議で検討し確定させている。プラン作成過程の管理はサービス管理責任者が担当し確実な実施を期している。ユニット会議に加え、職員会議、キャップ会議などが定期的で開催され、職員が意見を言える機会があることが影響していると推察できる。

③プラン作成時の家族参加の確実性

利用者の要望は日常の支援過程で把握するが、家族からはサービス開始時の情報把握から始まり、半期ごとの振り返り・見直し時は「今後の援助に対する要望書」の提出を受け意向を確認している。またプランは、サービス管理責任者が同席し、担当職員が家族面談し説明している。

家族が意向を言いやすい状況を作っている背景に、週末帰省する利用者が少なくない

ことがあり、この際は詳細な現況報告を家庭連絡表に記載している。また帰省がない利用者については、月一度は電話などで現況報告を実施している。現在、全利用者の家族が通院介助も含め何らかの用件で月一回は来園し、その時には直接面接をするようにしている。さらに家族が中心で実施する家族懇談会を年8回開催されているなど、家族が本事業所のサービスや運営に関心を持つ機会を豊富に用意していることが挙げられよう。

④更なる充実を目指した課題認識

管理者層は課題として、モニタリングの視点の共有化を促進させること、また記録物の重複をあげている。昨年度来、アセスメントからプラン作成のプロセス、帳票類の充実を課題とし外部の有識者を招き、現状の課題を明確化、改善を意図している。成果を期待する。

2、利用者の健康管理に関する適切な取り組み

利用者の健康管理に関し、地域の医療機関との連携および看護師の関与が充実している。職員自己評価でも肯定率は高率である。

①関係する地域医療機関の連携・活用

利用者の健康管理の取り組みとして、関係する地域医療機関が対し障がい者の特性を理解されるように連携を進めてきた。その結果、嘱託医は障がい者の特性に対応し、待合室・診察室に入れない場合は、車の中に出向いて診察してくれている。また、歯科医は特別診察日を設け、利用者が安心して診察を受けることが出来ている。さらに、医師は利用者の健康管理に関する研修会の講師や、ヘルシー委員会の助言者になっているなど、地域の医療専門職の活用が進んでいる。

②看護師は本事業所の利用者の特性に応じた支援をしている

看護師は、通院時の結果を適切に把握し利用者の医療情報を得ている。また利用者の健康問題を個別支援計画書作成時の参加を始めとし、積極的なかかわりをしている。研修への取り組みの際は、支援職員の意見・学習意向を把握して研修テーマを選択、現場で実際に使える救急法や発作時の対応を意識し、各班に出向きその場に応じた研修内容としている。

<改善が必要と思われる点>

組織マネジメント分野において、職員自己評価は、有効回答数42名中、リーダー層4名、一般職員28名のどちらの層においても全項目にわたって肯定率は低い結果です。例えば、法人あるいは事業として、意思決定をする場・機会があり、定期的で開催されています。そして議事録の掲示などで周知を図っていますが、職員自己評価では肯定率は低い結果です。取り組んでいる状況に確信が持てない、自信がないということでしょうか。周知の方法にも課題があると思われませんが、根底に法人・事業所の方針や取り組みの理解を促す組織風土が課題のように思われます。法人始めとし本事業所の管理者層のリーダー

シップが問われます。職員は自由意見・コメントを書いていますので、ぜひ参考にして改善に取り組まれることを期待します。また、職員自己評価は非常勤職員も対象にしていますので、問題の所在を検討するときに、非常勤職員に特化した内容があるかもしれないと思います。

職員の参加とモチベーションに関する項目について、挙げさせていただきます。

1、年度計画作成時の職員の参加

事業計画は管理者・施設長が作成している。作成の目的とプロセスを明確にして職員が参加したと確信できる機会を計画すること、事業所全体の計画と各班、委員会の計画の連動性を明確にすること、そして計画の進捗管理をしてゆくことが課題である。

2、職員個人の目標管理の確実な実行

人事制度として、常勤職員を対象にキャリアパス体系を定め、冊子「キャリアパスの手引き」を配付し、法人として説明会を開催していますが、理解が進んでいない状況と思われる。

また、目標管理制度の仕組みがあり、目標の設定、人事考課時の上司との評価面接が実施方法として明示されていますが、本事業所では、一部の職員に対する面接に止まっている。その結果が職員自己評価に表れているとも考えられる。

職務基準、階層別研修体系による研修の実施、本年度から理事長が階層別研修で講義するなど積極的な取り組みがある。このような取り組みを生かすためにも目標管理の確実な実行が求められる。

3、職員の人権意識を風化させないための取り組み

前回平成21年に第三者評価を実施した時点では、「人権プロジェクト」「人権委員会」の取り組みを、特に優れた取り組みとして挙げている。その後も人権問題に関しては継続的な取り組みはあるが、今回の職員自己評価は低い。平成21年度は2ヵ月に1回3～4人からなる小グループで卒直な意見交換がされていた。また当時の職員の退職などが影響していると思われるが、今回の職員自己評価を受け止め真摯な検討を期待する。