

**「福祉サービス第三者評価を準用した調査」結果報告書(平成20年度)**  
**(東京都民間社会福祉施設サービス推進費補助)**

社会福祉法人 金木星の会  
 金木星の郷施設長 宮沢 春好 殿

郵便番号 162-0825

所在地 東京都新宿区神楽坂2-4 結城ビル4F

評価機関名 特定非営利活動法人 NPO人材開発機構

認証評価機関番号 機構 02 - 005

電話番号 03-5206-7831

代表者氏名 理事長 水谷 正夫

以下のとおり調査を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	担当分野	修了者番号
	① 福祉 経営	H0402001
	② 経営	H0701003
	③ 福祉	H0602054
	④ 福祉 経営	H0202080
	⑤	
	⑥	
福祉サービス種別	施設入所支援、生活介護 (旧体系 知的障害者入所更生施設)	
調査対象事業所名称	金木星の郷	
事業所連絡先	郵便番号	190-0162
	所在地	東京都あきる野市三内489-1
	電話番号	042-596-3590
事業所代表者氏名	施設長 宮沢 春好	
契約日	2008 年 7 月 11 日	
利用者調査票配布日(実施日)	2008 年 7 月 11 日	
利用者調査結果報告日	2008 年 9 月 9 日	
自己評価の調査票配布日	2008 年 7 月 11 日	
自己評価結果報告日	2008 年 9 月 9 日	
訪問調査日	2008 年 9 月 15 日	
調査結果合議日	2008 年 10 月 15 日	
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	事前に、事業所と評価手法並びに日程等を協議し、一連の方法・手順等を計画した。特に、これまで事業所の基本理念として取り組んでいる利用者の特性に応じた、とりわけ自閉的な方たちへの支援の妨げにならないように、普段の日常生活環境の中で利用者との面識を持ち「聞き取り方式」で聴き取りを試みたが、利用者の意向を汲み取ることは困難な状況であった。そこで日中作業や外出への同行、或いは納涼祭における家族や地域の方々との交流の場面等、多様な情景の「場面観察」による利用者調査を行った。なお、家族にもアンケート調査を依頼した。	

調査対象

定員50名[男性36名(72%)、女性14名(28%)]、平均年齢39.2歳の利用者のうち、利用者調査の設問項目で意向が汲み取れると思われる方に「聴き取り」を試みたが、汲み取ることが困難であったため、「場面観察」を行った。

調査方法

普段の日常生活環境の中で利用者との面識を持ち「聞き取り方式」で聴き取りを試みたが、利用者の意向を汲み取ることが困難な状況であったので、日中作業や外出への同行、或いは納涼祭等、多様な場面において「場面観察」を行った。

利用者総数

50

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
	2	2
	0	0
	0.0	0.0

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

**利用者調査全体のコメント**

「金木星の郷」は、東京の西多摩地域に位置し、鉄道の終着駅から坂道を登り徒歩で8分ほどのところに、「知的障害者入所更生施設」として、平成15年4月1日にオープンし、平成19年10月には障害者自立支援法の生活介護と入所支援事業に移行している。周囲には高齢者施設もあり、裏手の樹木に覆われた小高い山へ外出散歩する姿もみられる自然豊かな地に50名の利用者が生活している。事業所の基本理念である「利用者の特性、とりわけ自閉的な方たちへの支援」の取り組みがみられる。日中活動一つをみても個別に構造化を図るなどして利用者の状態・意向に沿った作業ができるように環境整備をしている。こうした状況のなかで「聞き取り」を試みたが、調査項目から利用者の意向を汲み取ることが困難となったので、「場面観察」を行った。その際、屋内の日中作業や、小グループによる裏山への外出に同行、また地域の人びとや家族と屋外での納涼祭等、日程や時間帯も異なる多様な場面の「場面観察」により、屋内と屋外で明らかに違う利用者の表情が垣間見られた。なお常に利用者へ笑顔の声かけの姿がみられた。家族へのアンケート調査の回収32名中、9割超が事業所に「満足」と回答している。

**場面観察方式の調査結果**

調査の視点：日常生活で利用者の発するサイン（呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等）とそれに対する事業者のかかわり

**調査時に観察することができた場面から評価者が感じたこと**

《調査時に観察した場面》

鉄筋コンクリート造3階建の2階、3階が利用者の部屋や浴室、居間、作業室等生活の場であり、3階に明るく広いスペースの2か所の作業室では、紙梳き・手芸等4グループで利用者の状態で必要に応じて構造化をして作業に励んでいる。他の日には建物周囲を歩く外出グループの様子や、健脚グループが裏山の樹木の生い茂る山道昇りに途中まで同行する。また家族や地域の参加の納涼祭では、利用者は全員浴衣や甚平姿、施設長はじめ職員も半被や浴衣姿で笑顔とスキンシップで、利用者の晴れ晴れとした振る舞いと家族の穏やかな表情がそこかしこにみられた。

《調査時に観察した場面から評価者が感じたこと》

作業室では、職員は利用者の作業の状態を見守りながら材料の補給や出来栄を称えながら、常に利用者の状態を見詰め想いが果たせるように、且つ、安全に楽しい活動が出来るように支援に携わっている。利用者に笑顔で声かけと、職員同士の声かけの場面は常に見られた。また、山歩き等外出においても帽子や服装、水分補給等の用意と、他の職員が帰宅時の水分補給として1階ロビーにカルピス、冷水が用意されていた。納涼祭では「浴衣は着られないと思っていたが、職員が着付けしてくれるというので持ってきた」と目を細める母親の表情が印象的であった。

## 事業者コメント

利用者の障害ゆえに起こる雑多な行動(非常に強いこだわり、奇声、多動、他害等)に対して、単に問題行動として捉えるのではなく、自己表現の一つのサインとして捉え、対応することを基本理念として、利用者個々の生活支援を行っている。特に本施設を利用されている方の多くが、自閉症という障害を持つことから、日常生活については、できるだけイレギュラーを排し、分かりやすい日課のもと、多くのトラブルの原因となる支援をする側の個々の価値観(あるべきだ、ねばならない等)をできるだけ除き、さらに利用者が利用者同士のトラブルに巻き込まれる事がないよう配慮(時間・場所をずらすなど)をしているが、残念ながら集団生活ゆえに、どうしても回避不能なトラブルの場面も多くあるのが現状である。

## 利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事の時間は楽しんでいるか	0	0	0	2
少数且つ利用者の意向の汲み取り困難なため省略する。				
2. 日常生活には自由度があるか	0	0	0	2
少数且つ利用者の意向の汲み取り困難なため省略する。				
3. 活動は楽しいか	0	0	0	2
4. 利用者は必要なときに支援を受けているか	0	0	0	2
少数且つ利用者の意向の汲み取り困難なため省略する。				
5. サービス提供にあたって、利用者のプライバシーは守られているか	0	0	0	2
少数且つ利用者の意向の汲み取り困難なため省略する。				

6. 利用者の気持ちは尊重されているか	0	0	0	2
少数且つ利用者の意向の汲み取り困難なため省略する。				
7. 職員の対応は丁寧か	0	0	0	2
少数且つ利用者の意向の汲み取り困難なため省略する。				
8. 個別の目標や計画を作成する際に、利用者の状況や要望を聞かれているか	0	0	0	2
9. 【個別の目標や計画について説明を受けた方に】 個別の目標や計画に関する説明はわかりやすかったか	0	0	0	0
10. 【過去1年以内に利用を開始し、利用前の説明を受けた方に】 サービス内容や利用方法の説明はわかりやすかったか	0	0	0	0
11. 不満や要望を事業所(施設)に言いやすいか	0	0	0	2
少数且つ利用者の意向の汲み取り困難なため省略する。				
12. 利用者の不満や要望はきちんと対応されているか	0	0	0	2
少数且つ利用者の意向の汲み取り困難なため省略する。				

13. 第三者委員など外部の苦情窓口にも相談できることを知っているか	0	0	0	2
少数且つ利用者の意向の汲み取り困難なため省略する。				

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	
	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	
	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 <span style="float: right;">評点( <b>A</b> )</span>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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) <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	【A+の取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
	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 <span style="float: right;">評点( <b>A</b> )</span>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	【A+の取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	

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( A )

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る	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ◎なし

カテゴリー1の講評

自閉的な人々への専門的な支援を行うことを基本理念としている

基本理念は施設のパンフレットや事業計画に提示されている。内容を要約すると①自閉的な人々への専門的な配慮の行き届いた施設を目指、②よりよい環境作りを目指しながら職員と子ども楽しくて張りのある家庭的な生活を実現、③地域社会の中で、社会的自立の可能性を探り、各事業を展開、とされている。職員には採用時や職員会議で、保護者には毎月開催される保護者役員会、年一回開催される保護者懇談会において基本理念、事業計画が説明されている。

管理職(施設長・副施設長・生活支援課長)によるリーダーシップの発揮

管理職含めて全職員の業務分担及び責任については「職務分掌一覧」と「事業計画」に明記されている。運営に関する案件は「起案書」にて管理職が決済しており、日常の案件の責任を共有している。また、起案書や会議ばかりでなく、職員室・事務室・施設長室が隣接しており、管理職と職員との日常のコミュニケーションは十分にとられている。行事や保護者会、行政との対応、地元との交流等に対しては施設長、副施設長が対応しており、管理職としてのリーダーシップが発揮されている。

すべての行動計画は起案書により管理職が決定し、管理職の責任を明確化

重要な案件は年7回開催される法人の理事会で決定されている。日常の運営上の案件は職員や副施設長が起案する「起案書」で決定がされている。具体的には外出の届出や行事の企画等の利用者に関する案件は職員からの起案で、職員の人事関係や費用支出に関する案件は副施設長が起案をし、管理職で稟議決定されている。管理職からは起案者に対して必要に応じて助言をしており、責任を管理職と起案者が共有している。決定された内容は職員会議や保護者会・連絡帳・毎月配布している行事予定書で連絡を図っている。

カテゴリ-2		
2 経営における社会的責任		
サブカテゴリ-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		
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( A )
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
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		
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( A )
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、地域の人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
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		
サブカテゴリ-2		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		
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( A )
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
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		



<b>評価項目2</b> 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 <span style="float: right;">評点( <b>B</b> )</span>		
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
【A+の取り組み】 <span style="float: right;">○あり ●なし</span>		
<b>評価項目3</b> 地域の関係機関との連携を図っている <span style="float: right;">評点( <b>B</b> )</span>		
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
【A+の取り組み】 <span style="float: right;">○あり ●なし</span>		
<b>カテゴリ2の講評</b>		
<b>利用者の権利擁護について規定され職員に徹底が図られている</b> 人権擁護については①体罰禁止、②言葉の暴力、③利用者の呼称、④同性介護の原則、⑤肖像権の保護、⑥私的空間に対する保護、⑦私的情報の保護が規定されており、本年度の事業計画にも人権擁護の徹底について示され、常に支援職員は利用者の人権に配慮した支援を心がけるよう徹底が図られている。特に、新入職員に対しては入職時に具体的な法・倫理・権利擁護等について資料を配布して説明を行っている。		
<b>災害時における近隣住民のための食料・飲料水の備蓄</b> 地域との交流は自閉症の利用者が多い入所更生施設という事情や、近隣の住宅が少なく、今後住宅が増加する見通しが少ないという難しい状況下にある。その中で、納涼祭やお正月等の行事に地域住民に呼びかけ、お隣りのボランティアの参加、地区のお祭り等への参加を通して地域との交流に努力を図っている。但し、支援にかかわるボランティアは困難と考える。また、地震、水害等の災害時に向けて近隣にある4箇所の福祉施設と連携して「総合災害援助協定」を地域の自治会を含め締結しており、利用者や近隣住民のために食料・飲料水などの備蓄をしている。		
<b>地域における協議会・委員会活動を生かした情報交換や交流研修を</b> 情報交換を中心とした活動をしている「あきる野市自立支援協議会」、「秋川流域福祉施設連絡協議会」や行政の福祉計画策定に向けた「あきる野市障害福祉計画策定委員会」等に施設長が中心となって活動しており、金木星の郷の存在について地域や行政への知名度が上がってきている。今後、これら地域の協議会・委員会の活動を生かして、加盟各施設との交流研修や職員等実務レベルの情報交換活動等への更なる取組みに期待したい。		

カテゴリ-3

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

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

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( A )

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<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意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

【A+の取り組み】 あり なし

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( A )

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

【A+の取り組み】 あり なし

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( B )

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

【A+の取り組み】 あり なし

カテゴリー3の講評

**詳細な「苦情解決に関する実施要領」の作成と職員への徹底**

苦情解決制度については契約書に内容が示され、重要事項説明書では施設の相談・苦情受付の施設担当窓口や第三者委員の制度・東京都社会福祉協議会の「福祉サービス運営適正化委員会」の明示がされ利用者・保護者に事前説明がされている。第三者委員制度は2年任期の2名体制で理事会が任命しており、社会性や客観性を確保して苦情が発生した際に利用者の立場や特性に配慮した対応をしている。具体的な苦情処理すべき取り組みについては「利用者からの苦情解決に関する実施要綱」において詳細に規定がされて職員に周知されている。

**保護者との帰省時連絡帳や個別面談の実施で利用者意向の更なる把握**

利用者の個別の支援目標は、年度当初に前年度の支援計画の実施状況を総括し、新たな個別支援計画を作成している。この計画は毎月行われるケース会議で見直しを行っている。利用者の特性から直接意向を聞き取るには困難が伴うものがあるため、支援職員が利用者を1名～2名担当して、常に利用者の状態の把握に努めている。また、年1回、担当職員と個別面接を希望者する保護者に対して設けられており、内容によっては複数の職員で面接することもある。また、帰省時の利用者連絡帳に保護者の意向が記入され利用者の意向把握に活用されている。

**困難な中での地域ニーズへの取り組みを**

地域の協議会や委員会に参加して、行政とはコミュニケーションをとっており福祉の動向を把握・収集に取り組んでいる。しかし、これらの取り組みを生かした職員レベルの情報の交換や交流研修の実施については十分とはいえない。また、地域福祉の収集は近隣の住宅が少なく、福祉に関しての理解がまだ少ないという状況下、地域住民との知的障害に関する情報交換を行うことは困難といわざるを得ない。こうした中でも、利用者及び家族の意向を汲み入れ将来を見据えて、平成20年4月に「ケアホーム金木星の郷」を開設した。

カテゴリ4	
4 計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1	
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる	
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 <span style="float: right;">評点( <b>A</b> )</span>	
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 <span style="float: right;">○非該当</span>
●あり ○なし	2. 年度単位の計画を策定している <span style="float: right;">○非該当</span>
●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
【A+の取り組み】 <span style="float: right;">○あり ●なし</span>	
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 <span style="float: right;">評点( <b>A</b> )</span>	
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 <span style="float: right;">○非該当</span>
●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
●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 <span style="float: right;">○非該当</span>
【A+の取り組み】 <span style="float: right;">○あり ●なし</span>	

評価項目3  
着実な計画の実行に取り組んでいる

評点( B )

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

【A+の取り組み】 あり なし

サブカテゴリ-2

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

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( A )

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 発生した事故や事故につながりやすい事例などをもとに、再発防止・予防対策を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 再発防止・予防対策の実践に向けて、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	<input type="radio"/> 非該当

【A+の取り組み】 あり なし

カテゴリ-4の講評

理念の実現に向けた単年度の事業計画策定と厳格な執行体制

10カ年計画は法人の理事会・評議会で策定、見直しがされており、この計画に則って本年の「ケアホーム金木星の郷」が新設された。理念の実現に向けた本年度の事業計画が策定され、重点目標は①個別支援計画の全員参加での作成と理解にたったサービス、②ケアホーム金木星の郷の運営、③医療体制の充実、④施設内の環境整備があげられ実行されている。行事や旅行等の外出の計画は起案書によって決裁区分に従って管理職の決定に基づき実行するという厳格な執行体制となっている。

事業計画の中間での目標管理チェックを

計画の実行性を高めるために施設内のアクシデント・インシデントレポートの事故や事故につながりやすい事例等を担当者が管理職に報告しているが、他の施設の事例を参考にしている取組みについては少なく、外の事例を学びより高い成果を得るための取組みに期待したい。事業計画の進捗状況の確認は、事業係数(予算管理等)について月次で進捗状況管理しているが、支援や事業計画については、一括して年度末に総括しており、中間では進捗状況のチェックが実施されていない。今後、中間での目標管理チェックの実施を期待したい。

医療面での安全確保に向けた充実した取組みが図られている

利用者の安全確保に向けた「危機管理方針」が策定されており、事故や災害発生時における手順が示されている。毎月行う避難訓練、半期ごとの不審者進入時避難訓練が具体的に実施されている。特に医療面においては充実しており、看護師・職員による誤薬防止への取組み、緊急時に向けたAED(自動体外式除細動器)・吸引器・酸素吸入器の整備、救急搬送時のための個人ごとの病歴、服薬のリストが用意されている。事故に対してはアクシデント・インシデントレポートを作成し管理職に報告し、職員会議等で周知を図り再発防止や予防につなげている。

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

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

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( **A** )

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

【A+の取り組み】 あり なし

評価項目2

職員の質の向上に取り組んでいる

評点( **B** )

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの職務能力に応じた、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 個人別の育成(研修)計画を踏まえ、OJTや研修を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員が研修に参加しやすいように、勤務日程を調整している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

【A+の取り組み】 あり なし

## サブカテゴリー2

職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる

## 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( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

## 評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点( B )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

## カテゴリー5の講評

## 特定の支援業務に偏ることの無い勤務シフトによる利用者理解の深耕

福祉関連の人材不足の中で新卒者を中心に採用し、法定の定員より職員を多く配置しており、本年度も増員を計画している。また、支援職員の人員配置は特定の業務に偏ることの無いように勤務シフトや業務シフトを組んでおり、職員相互の連携や利用者の理解を深めることにつなげている。また、「ケアホーム金木星の郷」は入所施設と一体的に運営しており、職員は入所施設の職員がシフトを組んで兼務をしている。これらのシフトで、職員は共同生活を通して利用者を深く理解することにつながると考える。

## 看護学校に進学して医療知識の持った支援職員の育成

新入職員には全般的な施設の内容に対する総合的なオリエンテーションを実施し、ベテランの職員によるOJTを経験させているが、研修としての個人別計画はできていない。自閉症をもつ利用者の心身両面にわたる医療面についての研修に力を入れており、内部研修として看護師による医療的な研修等や外部研修の「てんかん講座」に職員を毎月参加させ、研修の内容は報告書にまとめられ職員に報告されている。また、支援職員1名を都立看護学校に3年間進学をさせて、医療知識の持った支援職員を育成している。

## 歯科衛生士等の専門職の人員配置による専門的な支援体制

専門職として看護師3名、栄養士1名、歯科衛生士1名が配置しており、専門的観点から利用者への支援体制を取っている。また、支援職員に対しての医療面に関する内部研修会の講師の役割を担っている。今後、理学療法士の採用により機能訓練について強化して行くことを考えている。なお、報酬に連動した人事評価制度は実施していない。

7		カテゴリ7	
情報の保護・共有			
サブカテゴリ1			
情報の保護・共有に取り組んでいる			
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( <b>A</b> )	
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、必要な人が必要な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
【A+の取り組み】		○あり ●なし	
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( <b>A</b> )	
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
【A+の取り組み】		○あり ●なし	



#### カテゴリー7の講評

##### 年度ごとに電子データのバックアップと書面データの製本保管

パソコンのパスワードによるセキュリティー保護が実施されており、データを外部のメディア等に取り出すとデータファイルが開かなくなるセキュリティーシステムを導入して情報の外部流出を防いでいる。職員の個人データを除くすべての情報の内容は職員にパソコンや書類で開示されており、パソコン上のデータは1年ごとにバックアップを取り、書面によるデータは製本化してして年度ごとに鍵のかかかかる保管庫に保存され、情報の更新・共有・保管に取り組んでいる。

##### 保護者からの個人情報保護に関する同意と職員・実習生・見学者からの誓約書

個人情報に関しては、契約書に秘密保持の条項の規程がされ、「個人情報保護に関する基本方針」や「個人情報保護管理規程」について保護者に説明がされている。利用者の個人情報利用目的及び第三者への提供については保護者への同意書で同意を求めている。また、職員や施設の実習生、施設見学者に対して個人情報の守秘義務に関する説明と誓約書に同意の署名を求め徹底を図っている。会報誌の写真掲載や行事についても保護者の同意を得て掲載している。

カテゴリー8	
8 カテゴリー1～7に関する活動成果	
サブカテゴリー1	
前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー1:「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリー2:「経営における社会的責任」 ・カテゴリー4:「計画の策定と着実な実行」	○ A+   ● A   ○ B   ○ C
改善の成果	
<p>住宅過疎地域で、福祉に対して理解が少ない地域との交流の努力を図っている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・近隣の地域は人口が少なく、市街化調整区域のため、今後住宅の増加が見込まれず、福祉(知的障害)に対して理解が少ないという環境にある。この厳しい状況の中で地域社会における交流に向けて努力をしている</li> <li>・消防署の指導により、近隣の高齢者施設4か所と「総合災害援助協定」を締結しており、災害時への地域住民のための飲料・食料の備蓄をしている。</li> <li>・利用者の外出(散歩・買物・図書館・プール等)を通して地域に出て、社会生活への一助となる様々な交流を積んでいる。</li> </ul>	
サブカテゴリー2	
前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー5:「職員と組織の能力向上」	○ A+   ● A   ○ B   ○ C
改善の成果	
<p>支援職員の増加と専門職による医療体制の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長・副施設長や職員・後援会・保護者会の役員との日常のコミュニケーションが十分に取れて、連携が深まっている。</li> <li>・支援職員と看護師の増員(4名)がされ、今後においても支援員の増加を予定しており、人件費の予算化をしている。</li> <li>・自閉症の持つ利用者の心身両面にわたる医療についての研修(てんかん講座、看護師や嘱託医による内部研修)に力を入れ、継続して実施している。</li> <li>・本年より支援職員を都立養護学校に3年間進学させ、看護師の研修を実施させ、医療知識を持った職員の育成に努めている。</li> </ul>	
サブカテゴリー3	
前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリー6:「サービス提供のプロセス」 ・カテゴリー7:「情報の保護・共有」	○ A+   ● A   ○ B   ○ C
改善の成果	
<p>施設のメンテナンスと情報の管理と支援の質の向上を目指した弛まぬ計画・実行</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2階を中心とした施設改修(壁・浴室・畳の部屋をフローリング)、を実施、今後トイレの大改修を予定している</li> <li>・情報の共有・更新・保管については年度ごとに最新情報が整理がされ、電子データはバックアップし、紙ベースのデータは内容ごとに製本化して保存している</li> <li>・平成19年10月から障害者自立支援法の施設へ移行し、自己負担金が生じているため、「契約書別紙」を定め、①提供するサービスの内容、②利用料金の説明を丁寧に分かり易く行っている。</li> <li>・今年4月ケアホームの開設に伴い、日中及び夜間の「支援目標」「支援上の留意点」等の支援計画(原案)を作成し、全職員参加で討議・検討し、支援計画案を作成し支援の充実を図っている。</li> <li>・職員を長期の看護学校への進学や月1回の継続的なてんかん講座への参加など職員の資質向上による支援を目指した弛まぬ計画・実行。</li> </ul>	

サブカテゴリ4

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

A+  A  B  C

改善の成果

新法移行による利益の増加

- ・新法移行による区分判定や人件費において新卒中心とした若い職員のため費用に占める人件費率が低く、利益において増加が図られている
- ・資産の状況についての計画は20年後まで確立されている

サブカテゴリ5

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している  
 ・カテゴリ3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

A+  A  B  C

改善の成果

地域移行としての共同生活支援「ケアホーム」の新設

- ・平成19年10月に新法へ移行、契約の再締結、職員の配置、支援費請求システムの構築等順調に推移している。
- ・施設定員の削減及び入所者の地域移行への一環として共同生活介護施設「ケアホーム金木星の郷」を入所施設から徒歩20分程度の場所に平成20年4月に開設し、利用者と職員による快適な生活を実施。法人としては「ケアホーム」と入所施設を一体的に運営し、支援職員はすべて兼務をしている。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目 (カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目	
	サブカテゴリー1	
1	サービス情報の提供	
	評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している <span style="float: right;">評点( <b>A</b> )</span>	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の特性を考慮し、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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している <span style="float: right;"><input type="radio"/>非該当</span>
	【A+の取り組み】 <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
	サブカテゴリー1の講評	
	<p><b>施設の特徴が記載されたパンフレットによるサービス情報提供の実施</b></p> <p>サービスの情報提供は主に施設のパンフレットと広報誌「きんもくせい」により行われている。パンフレットには当施設は「理事長が大学在職中に、自閉的傾向を持つ子どもたちの療育を金曜日と木曜日に行い、その保護者が集まったグループの名前に由来したもの」と記され、基本理念の第一に「障害の特性に応じた、とりわけ自閉的な人びとへの専門的な配慮の行き届いた施設をめざして、職員、保護者、地域住民が一体となって民主的・公益的な運営にあたる。」と明示。更にサービス提供体制、サービス内容等が掲載され施設の特徴がまとめられている。</p> <p><b>サービス情報の提供は後援会便りを併記の広報誌でも広く広報</b></p> <p>広報誌には施設長の想いや行事等の様子など、その時々施設の考え方や運営の状況が掲載されている。また、広報誌は12月と5月の年2回発行で、一回に600部ほど印刷され、利用者の保護者・家族、後援会、寄付者、当法人の理事・職員、行政等々に配布されている。広報誌の後ろのページには「後援会だより」も掲載され、後援会の活動報告・活動予定・会計報告などが掲載されていることから、後援会役員が広報誌の配布作業に協力している。</p> <p><b>今後の課題はホームページ等の多様な情報提供</b></p> <p>施設では、利用者等へのわかりやすい情報の提供はパンフレット等の文字ではなく、入所を希望者する本人を伴っての見学をすすめ、本人が気に入るかどうかが施設の状況を見てから決めることが大切と考えている。また、ホームページについては、今後は作成したいと思いはあるが、まだ着手できていない状態であるが、パンフレットにもインターネットのホームページのURLの記載があるが機能していないため、多様な形での情報提供からもホームページの早急な着手が望まれる。</p>	

サブカテゴリー2

2 サービスの開始・終了時の対応

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( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

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している

評点( A )

評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している	○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援をしている	○非該当
●あり ○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している	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

サブカテゴリー2の講評

入所希望する本人を伴っての見学をすすめ、利用者との関係を大事にしている

利用に当たっては、短期入所であっても、本人が気に入るかどうか施設の状況を見て、利用者の気持ちを第一にして、利用の決定をすることをお願いしている。施設入所支援サービス等の空きがでたら、まず短期入所を利用していた方や地元の自治体へ、その後他の自治体に連絡をしている。当施設では、個別の対応に力をいれ、一人ひとりの生育歴・能力・入所前の生活のリズムに合わせた支援という事で、入所された新利用者との接点を多く持ち、時にはマンツーマンで対応を行う。利用者との関係を大事にし、家にいた時に近い状態での支援に心掛けている。

入所後速やかに当面の支援計画を作成し、本人に不安のない様に対応している

その後のサービスの開始に当たっては、重要事項説明書、利用契約書で基本ルールを説明し、署名・押印により同意を得ている。平成19年10月から障害者自立支援法の施設へ移行し、自己負担金が生じているため、料金については利用契約書に基づき、「契約書別紙」を定め、①提供するサービスの内容、②利用料金の説明を再度行い、そこにも署名・押印により同意を得ている。入所後の支援計画は利用者等の意向を踏まえて、サービス内容、サービスを提供する際の留意点等を盛り込み速やかに作成している。

## 3 個別状況に応じた計画策定・記録

## 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( A )

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

【A+の取り組み】 あり なし

## 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( A )

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. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 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ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

【A+の取り組み】 あり なし

## 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( A )

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きみがある	<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

【A+の取り組み】 あり なし

<b>評価項目4</b> 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( <b>A</b> )
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
<b>【A+の取り組み】</b> <span style="float: right;"> <input type="radio"/>あり <input checked="" type="radio"/>なし         </span>		

サブカテゴリー3の講評

**全職員による討議・検討会議で、利用者本位の個別支援計画を作成**

年度始めに担当者が、前年度の利用者の状況を「日常生活」「作業」「対人関係」「情緒・対人関係」「健康面」等の項目別にまとめ、目標に対する評価を行う。昨年度は自立支援法に移行し、今年4月ケアホームの開設に伴い、日中及び夜間の「支援目標」「支援上の留意点」等の支援計画(原案)を作成。その後、全職員参加で討議・検討し、支援計画案を作成。保護者等に郵送し承諾を得ているが、面談希望の保護者がほとんどである。また、計画の見直しは、必要に応じて月1回ケース会議で行っているが、定期的見直しは行われていない。

**工夫を凝らした利用者別個人支援ファイルの作成で、利用者情報の共有化による支援**

利用者別の個人ファイルを作り、利用契約書、委任状、決定通知書、支援計画、承諾書、個人調査書等々を年度ごとに製本化され、見やすくなっている。また、現年度分は施設内のパソコン上に全利用者のファイルを作り、支援目標や日々の心身の生活状況等の情報を毎日、支援記録は黒字で、医務記録は青字で、歯科記録は赤字で入力しているので、誰が見ても一目で分かるようになっている。この入力は午前、午後、夜間の支援員が利用者全員のものを行い、施設内LANにより全職員が利用者情報を把握でき、情報の共有化が図られている。

**その日の支援にかかわる記録を業務日誌に記載し、全職員で共有化**

職員はその日の業務に先立ち、業務日誌を必ず確認している。その日一日の予定(医務→2階、2階→医務の連絡、健康面・要注意者の体温、通院予定者、外出予定者、帰省中・帰省予定者)、午前・午後・夜間・3階の状況等々が記載され、通常の引き継ぎではなく、2階、3階の支援職員間や医務と支援員間等の職種別間でも、利用者情報の共有化が図られている。また、サービス管理責任者は保護者等からの相談に当たっているが、家族からの要望は記録化されていない状況にある。

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**

<b>評価項目1</b> 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点( <b>A</b> )
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)を外部とやりとりする必要がある場合には、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、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	<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
<b>【A+の取り組み】</b> <span style="float: right;"> <input type="radio"/>あり <input checked="" type="radio"/>なし         </span>		

<b>評価項目2</b> 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( <b>A</b> )
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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、組織的に対策を検討し、対応している	<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
<b>【A+の取り組み】</b>		
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし		
サブカテゴリ5の講評		
<p><b>個人情報保護管理規程を設け、個人情報保護の遵守を見学者、実習生へも徹底</b></p> <p>「個人情報保護管理規程」を設け、利用者や家族から取得する際の個人情報は目的を明示し、それ以外に使用をしない。取得した個人情報や帳簿等の情報の安全管理には万全を期し、法令や規範を遵守する等、利用者に安心してサービスを受けてもらうよう努めている。また、あらかじめ利用者の受診の際の医師への情報提供や施設業務委託等への個人情報の第三者等への提供は利用者や家族の同意を得ている。さらに施設見学者や実習生からは「利用者のプライバシー保護に関する誓約書」等に署名・押印を徹底している。</p> <p><b>人権擁護規定を設け職員による体罰等の暴力の禁止と第三者委員の苦情解決制度を設置</b></p> <p>職員に対しては「人権擁護規定」で体罰や言葉の暴力の禁止。利用者の年齢や性別を配慮した呼称を行うこと。機関紙等に掲載する時の肖像権の保護等についても規定し、人権に配慮した支援を心掛けている。その外に「利用者からの苦情解決の取り組みに関する実施要綱」を制定している。施設長を苦情解決責任者として、職員1名を受付担当に決めて、第三者委員2名を任命し、苦情申し立て日から1週間以内に委員に通知し、委員は事実関係等の調査等に当たる事などを決めているが、開設以来1件の申し立てもない。</p> <p><b>同性介助を目指した支援</b></p> <p>利用者の男女比に比べて職員の男女比が逆転しており、女性利用者には同性介助が実施されている。男性利用者に対しての同性介助という点から苦しい状況にあるが、浴室介助については男性職員が少ない中で同性介助に心がけている。また、施設としても厳しい現状を認識し、何とか男性職員を採用すべく努力をしている。</p>		



6 事業所業務の標準化

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( **B** )

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 checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 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点検している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 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

【A+の取り組み】 あり なし

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( **B** )

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

【A+の取り組み】 あり なし

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( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ◎なし

サブカテゴリ6の講評

**支援の統一性のため、特に新人職員向けのマニュアルの充実を**

事務所業務の標準化としてのマニュアルは、「危機管理指針」「事故対応マニュアル」等々や日中活動のためのグループ別の作業計画表の手引書や医務関係の「日常と週間業務の医務業務」利用者毎の「服薬に関しての注意及び服薬内容」「院内感染予防マニュアル」等がある。また、新人職員にはベテラン職員がついてOJTを実施しているが、生活介護に関する排泄・着脱整容に関する手引書は見当たらなかった。マニュアルを作成できる職員の育成を目指しているとしているが、支援の統一性のため、特に新人職員向けのマニュアルの充実が望まれる。

**看護学校への進学や研修による職員の資質向上による支援の実施**

職員の長期の看護学校への進学や月1回の継続的なてんかん講座への参加。外部研修や施設見学等を行うことにより、職員の個々の資質向上を図る取り組みをしている。さらに、看護師(3名)、歯科衛生士、栄養士、嘱託医等の専門職を多く配置し、職員の専門性の向上を目指している。また、職員室、施設長室、事務室が隣接している。職員室で支援職員は利用者の支援記録等のパソコン入力を日々行っているため、施設長を始めとした上司とのコミュニケーションは取り易く、相談し易い雰囲気となっている。

**アクシデントレポート等の活用により、利用者の安全に配慮した支援**

利用者の安全に配慮した支援ができるように「危機管理指針」により、不審者の侵入、交通事故、所在不明な利用者が出た場合の対応、園内危険箇所の指定及び利用上の注意、誤飲、誤薬への対応等々を定めている。また、「事故対応マニュアル」では夜間と昼間の医療と事故に分けて、具体的に何を行い、誰に連絡をするかが示されている。そして、医療と事故について、インシデント・アクシデントレポートを作成し上司への提出を義務付けている。月10件程の報告が上がっていて、その後の対応の改善に努め、情報の共有化に役立っている。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

1	評価項目1 個別の支援計画をいかしながら、利用者に合った自立(自律)生活を送るための支援を行っている		評点( A )
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 自立生活に必要なさまざまな情報をわかりやすい方法で提供している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 必要に応じて対人関係のアドバイス等を行っている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 日常の金銭管理については、自己管理できるよう支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
【A+の取り組み】		<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
評価項目1の講評			
<p>利用者への支援は個別支援計画に基づき行われ、特に個別対応を重点的に実施          今年度の支援目標を①個別の対応、②数多くの外出機会の保障、③利用者負担の軽減を定めている。個々人の個別支援は前年度の支援計画への評価を行い、今年度の目標と支援上の留意点を定めた支援計画をたて、組織的に行われている。当施設は自閉的な人びとへの専門的な配慮の行き届いた支援を目指しており、個別の対応に力を注ぎ、利用者一人ひとりの生活リズムを尊重して、規則正しい生活を送ること。利用者の不安やストレスを軽減することにより、トラブルを未然に防ぐことなどの、生活面、感情面への素早い支援を心掛けている。</p> <p>利用者のコミュニケーションには種々の工夫をし、意向に沿う支援に努めている          利用者の特性から、新人職員へはコミュニケーションやトラブルを防ぐには、「利用者個々の行動パターン・心理の状態を理解することがとても大事である」と伝え、それは長い時間が必要となるるので、一生懸命やってみたが出来ない時は先輩職員の協力をお願いするよう指導されている。開設当初は絵文字を使ったり、作業手順書を壁に張ったりしていたが、こうした手法よりは、利用者の身振り、手振り、表情やその日の様子等から意向をくみ取り、如何に利用者の想いをかなえられるかを基本に支援に当たっている。</p> <p>利用者の生活上の取組みの幅の拡大と自立に向けた支援          支援員は利用者を1~2名担当して、常に利用者の状態の把握に努めている。また、利用者のエレベーター利用や食堂利用、作業の時等々には、利用者の特性から相性等に配慮して支援にあたることを日常的に行っている。さらに、金銭管理は、「預かり金管理規程」により、施設が行っているが、その中で、一人外出を現在4名の方が月2回程度行っている。その際にはお金を持って、たばこや缶コーヒーやその他の買い物と地元の図書館等への外出をしている。しっかりと外出目的を果たして楽しんでいる。</p>			
2	評価項目2 個別の支援計画に基づいて日中活動等に関するさまざまな支援を行っている		評点( A )
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 活動メニュー等は、利用者の希望や特性により選択できるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者が活動しやすい環境を整えている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者一人ひとりのニーズに応じたその人らしさが発揮できる活動を用意している	<input type="radio"/> 非該当
【A+の取り組み】		<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	

評価項目2の講評

日中活動は4グループでの作業と、3グループによる歩行支援

日中活動の作業は限られた範囲の中ではあるが、利用者希望や能力等を考慮して、①紙すき、②ビーズ、③織物、④手芸のグループから選んでいる。各々のグループごとに作業支援計画(作業目標・支援上の留意点・作業計画)を作成している。19年度事業報告によれば、「前年度より一層の落ち着きと各々のスキルが高度なものになっている」と記載。作業以外にも「歩行訓練メンバー」は、A、B、Cの3グループに分けて歩行支援を行っている。体力等に応じて裏山へのハイキングや、建物周囲の駐車場及びベランダ等の歩行などを行っている。

3名の作業担当職員を中心に、作業支援計画等を立案・検討し実施

作業担当は3名の職員を中心に、作業内容・個人計画等を立案検討し、実施している。実際の作業支援に当たる職員は、3名が1週間ごとのローテーションで、第4週は作業担当以外の職員が作業支援に当たる。そのことで、作業内容等について作業担当職員と他職員との連携も保たれている。作業は午前と午後の2回で、作業時間は作業後の手洗いも含めて、1時間半程度である。午後の作業終了後は飲み物の物やおやつ等を提供して水分補給等にも十分気配りをして支援をしている。

「構造化」をするなど、利用者の状態に応じた作業環境の工夫

作業は階段スペースを挟んで広く明るい大きな2つの部屋でフローア及び個室を使用して行っている。ビーズ、織物、手芸の3グループが同一作業室で作業。大部屋の窓側の作業テーブル・椅子を中心に、三方を仕切り板で仕切り、窓から陽の光が差し込む本人専用の作業場での作業や、「背後」或いは「横」を仕切り板で、二方或いは一方だけを仕切り本人専用の作業場での作業など、利用者に応じて作業しやすい環境を工夫している。職員は作業している利用者への声かけや室内を歩行しているメンバーへの話かけ、スキンシップ等を行っている。

3	評価項目3 栄養のバランスを考慮したうえでおいしい食事を楽しく食べられるよう工夫している		評点( <b>A</b> )
	評価	標準項目	
	●あり ○なし	1. 利用者の希望や職員の意見を反映し、バラエティーに富んだ飽きのこない食事を提供している	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者が選択できる食事を提供している	○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者の状態やペースに合わせて食事がとれるよう、必要な支援を行っている	○非該当
	●あり ○なし	4. 食事時間が楽しいひとときとなるよう環境を整えている	○非該当
【A+の取り組み】		○あり ●なし	

評価項目3の講評

利用者に配慮した特別メニューを含む食事の提供を実施

施設開設時から食事は業者委託し、施設の栄養士の献立に従い、施設内の厨房で委託業者が直接調理して、利用者の摂食の状態や生活リズムにあわせ、季節感も考慮した食事を提供している。献立内容は個々の利用者の嗜好に配慮されたメニューになっており、カロリー制限食(3段階)、減塩食、乳製品減食、卵類減食、アレルギー配慮食、刻み食の特別メニューを用意している。今後の課題としては嚥下や体調不良時などに対応した食事のメニューを委託業者へ要望していくとしている。

給食会議を月1回開催し、厨房業者との連携による利用者サイドの食事

選択食は2年程行った。しかし、選択食によって、全部を食べたい利用者やもっと偏食しバランスを悪くする利用者等が出た結果、利用者の健康を配慮して現在は行っていない。そのために、給食会議を月1回栄養士、看護師、サービス管理責任者、生活支援課長が参加して行い、美味しい食事を提供している。また、嗜好が固まってしまった利用者等のメニュー変更など偏食への配慮、高血圧、糖尿病、アレルギー、ダイエット食への配慮等常に委託業者との連携を図っている。さらに、月1回程度の個別外出時には好きなものを食べてもらっている。

工夫した「一覧表」で情報の共有化による利用者状態を尊重した食事

障害特性から食事前の手洗いのための石鹸は置いていない。職員が付いて流水で洗い個別のタオルを用意して拭くこと等で衛生管理に努めている。また、環境を整備しトラブルなく食事が出来るように利用者本人のペースを尊重し、対人関係の相性を見ながら時間帯を変えたりしているため、食事時間は長めになっている。配膳やご飯の盛りつけを手伝える利用者は自発的に早めに来て手伝っている。さらに、好き嫌いや嗜好品、アレルギーのための禁止食品や食堂での行動での注意点を一覧表にし、厨房業者も含めて食事の情報の共有化が図られている。

評価項目4 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている		評点( A )
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状態やペースに合わせて、日常生活上の必要な支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、身の回りのことは自分で行えるよう働きかけている	○非該当
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		

評価項目4の講評

曜日別に日程を決めた支援により、リズムある生活  
 利用者の支援は食事、排泄、入浴、着脱衣、投薬、環境整備等々多岐にわたっているが、支援計画に基づき一人ひとりの障害特性に応じた日中及び夜間の支援に心掛けている。平日、土曜・休日の時間帯で日程を決めて、規則正しいリズムで生活出来るように配慮している。また、第1週～第4週までの月間と年間行事の予定を立てている。さらにダイエットのための水泳や買い物、一人で外出できる利用者は地元の図書館へ本を借りに行ったり、近くのスーパーへたばこや缶コーヒーやお菓子を買いに行くなど、月2回程度の個別外出を行っている。

歯科衛生士の指導や歯科医師からの指導書で、口腔ケアの充実  
 毎食後の歯磨きについては非常勤の歯科衛生士の指導により、全利用者に対して磨き直しを行っている。職員が磨き直すことにより、利用者の口腔内は清潔に保たれるようになってきている。また、一例として、歯科医からの利用者個人の歯磨きでの注意点「①ブリッジの下に食べ物が詰まりやすいので良く仕上げをする。②歯と歯の間が狭く、汚れが残っているため、歯と歯の間に歯ブラシの先を入れるように磨く」と写真入りの指導書により、職員の意識やレベルアップを図り、口腔ケアの充実を図っている。

評価項目5 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点( A+ )
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 健康状態に関して、利用者の相談に応じ、必要に応じて利用者や家族に説明をしている	○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、通院や服薬等に対する助言や支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 服薬管理は誤りがないようチェック体制を整えている	○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
【A+の取り組み】 ●あり ○なし		
看護師は昨年1名、今年1名増で現在3名。歯科衛生士と共に、日常の健康管理や服薬チェック、日々の通院付き添いのほかに、一般職員の「医療面から利用者を見る視点」の習得のためのアドバイザーも兼ねて配置。その外に嘱託医や栄養士等と連携して、医療体制の充実を図っている。また、職員の長期の看護学校への進学や月1回の継続的なてんかん講座への参加。外部研修や施設見学等を行うことにより、医療面での職員の資質向上と専門性を目指し、計画的に継続して実行しており将来への布石としている。		

評価項目5の講評

職員の看護学校への進学、てんかん講座等への参加による医療体制の充実。

平成20年度の重点目標の「医療体制の充実」に、①職員の看護学校への進学を行い、医療知識のある職員の育成。②利用者の健康面に関して、職員からの相談に応える体制を整える。こととし、都立看護学校への職員の進学は3年間の予定で派遣研修として4月から実施した。また、衛生管理として、利用者の内科・精神科・神経科嘱託医の検診、治療、生活支援及び職員への教育、感染予防の手洗い、1日に2回全館の噴射による消毒、月一回外部のてんかん講座への職員研修等々の計画に基づき実施している。

看護師3名、歯科衛生士1名を配置した手厚い利用者の健康管理。

看護師3名、歯科衛生士1名を配置し、利用者の健康管理に力を入れている。利用者の通院はほぼ毎日、時には1日に2回以上の日もある。受診科も神経内科～歯科と多岐に渡っており、付き添いが看護師や支援員一人から複数を要する通院も多くなっている。また、一般職員の「医療面から利用者を見る視点」の習得のため、アドバイザーとして看護師の増員も行っている。また、職員を含めた健康診断を実施。なおMRワクチン・インフルエンザ予防接種等は希望者に実施している。

日常の健康管理は毎日3～4回の体温・血圧測定、服薬は4回のチェックで誤薬防止

日常の健康管理は、利用者が日常的に小さな変化等に気づき難いこともあり、高齢者を中心に1日3回～4回体温・血圧のチェック、下剤服用者の排便、インスリン対応として血糖値チェック等を行っている。また、口腔内の衛生管理等は歯科衛生士の助言指導で、毎食後実施。薬は月別、週別、当日ごとに整理。服薬チェック表を使い、医務が2回、支援員が服薬後とその空袋で2回、計4回のチェック。同姓者には袋に下線したり、薬袋に注意を書く等の管理をしている。さらに、誤薬等が出たらアクシデントレポートに書き再発防止に努めている。

評価項目6

利用者の自主性を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている

評点( B )

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 行事やレクリエーションのプログラムは、利用者の特性や嗜好を考慮し、多様な体験ができるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 室内は、採光、換気、清潔性など居心地のよい環境となるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 日常の生活に関するきまりごとについては、利用者等の意見を参考にして見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 利用者同士が意見を言う機会があり、その意見等を施設運営に反映できるようなくみを整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	5. 行事やイベントの企画・準備は利用者も参加して行っている	<input type="radio"/> 非該当

【A+の取り組み】 あり なし

評価項目6の講評

より良い生活環境確保ために、男性棟の壁・居間の床等の改修を予定

施設は開設から6年目で、緑豊かな環境の中にある。職員による清掃であるが1日2回の噴霧による全館消毒もあり、清潔な環境を保っている。居室は一人部屋38室、2人部屋8室がある。利用者は男性36名(72%)、女性14名(28%)となっている。今年度、男性棟の傷んでいる壁、居間の床、浴室等の改修を予定している。臭気も含めたトイレ改善を考えているが、防水を伴うために多額の費用がかかる。そのため、当面はトイレの消毒・消臭の徹底に努めるとしている。

日常生活が楽しく快適なものになる様な各種の行事を実施

施設での日常生活が楽しく快適なものになる様な年間行事として、お花見、納涼祭、秋祭り、クリスマス会、餅つき、ひな祭りを実施。旅行も利用者3～4名を13グループに分け、一泊等の旅行を行っている。付き添い職員は利用者に対してマンツーマン、或いは職員数を利用者より多くして満足度と万全を期している。その外に月間予定として、平日の第1週～第4週は日課の他に個別外出、プール、買い物。土曜・休日の第1週、第2週はドライブ。第2週、第4週はクラブ活動、第3週は希望者に誕生会を実施している。

月1回～2回の利用者の外出は広がりが出てきている一方で考えることも

利用者は支援計画に沿って月1回～2回の外出をマンツーマン、複数の利用者、担当職員以外、複数の職員など行い、多くの職員、利用者との密な交流を目指して幅を広げている。また、外出先も買い物、食事などのから、カラオケ、居酒屋、ボーリング等に広げている。今後は利用者同士の話し合いは利用者の障害特性から、中々困難な面もあるとしても、例えば、「旅行のしおり」づくりのお手伝いを行っているとのことであり、それを広げることや、利用者へ幾つかの選択肢の中から選んでもらう等の方法で、利用者の参加出来る様工夫が望まれる。

評価項目7

施設と家族等との交流・連携を図っている

評点( **B** )

評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 家族等との交流・連携に際して、利用者本人の意思を確認し、その意向に基づいた対応をしている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の日常の様子や施設の現況を家族等へ知らせる手段を整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて、家族等への情報提供や支援をしている	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし



評価項目7の講評

家庭には月間予定表を、帰省時には連絡帳で情報を共有

家族等に向けては毎月1回、翌月の行事予定等を記載し郵送している。年1回、支援計画も送付しその説明と承諾。また、希望者へは面談の上での説明をしている。さらに、年2回の広報誌「きんもくせい」の送付。年1回、保護者懇談会を開催し、利用者の日常の様子や施設の現状を家族に知らせている。利用者の帰省する期間は一泊、二泊、お正月等々様々であるが、帰省時は担当者が連絡帳に施設からのお知らせを記載し、家族等からも家での様子や連絡事項が連絡帳に書かれる。その他に手紙のやり取りも連絡帖に張られ整理されている。

広報誌に「後援会だより」を載せ、保護者会へは連絡調整役として施設からも出席

保護者会の他に後援会もある。後援会役員会は週1回の開催。会報の発送、バザーの開催、市の学園祭への参加による利用者の手芸品の販売の手伝い等をしている。また、広報誌の「後援会だより」には、活動報告、今後の活動予定、会計報告、後援会加入の呼びかけ等が掲載されている。保護者会の役員会は月1回開催。施設からは連絡調整役として、サービス管理責任者と生活支援課長が出席している。また、家族等の交流・連携に際して、利用者の特性から利用者の意思や意向の確認及びそれに基づく対応は困難な状況である。

8	<b>評価項目8</b> 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点( <b>A</b> )
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者が入所施設を退所して地域社会で生活できるよう計画的に支援している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 必要に応じて、利用者が地域の資源を利用し、多様な体験ができるよう支援している	<input type="radio"/> 非該当	
<b>【A+の取り組み】</b>		<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
評価項目8の講評			
講評タイトル③を入力してください			
<p> <b>20年4月から入所者5名のケアホームを開設し、入所施設と一体化した支援</b>          国及び都の計画を踏まえ、施設定員の削減及び入所者の地域移行のため、ケアホーム設置の準備をすすめた。母体となる施設からリアルタイムでの援助が受けられるよう徒歩20分程のところに宅地を取得。19年10月にケアホーム建設を着工し、20年3月に建物の引渡しを受け、20年4月から開設。現在5名が入所している。法人としてはケアホームと入所施設を一体化して運営をしている。支援員はケアホームと兼務している。ケアホームで夕食と朝食を食べて、日中は施設での障害者自立支援法の生活支援を受けている。       </p> <p> <b>地元自治会主催の行事への参加など、地域との交流に努力</b>          利用者の状況から地域の情報提供は難しい面があるが、開設から5年を経過し利用者の地元自治会主催の行事への参加や地元町会からの納涼祭等の施設行事への参加等、地域との交流に努力を回っている。また、地元のボランティアが以前おはやしを利用者に教えに来ていた関係から、お正月や納涼祭にはその人達が施設に来て演奏してくれる。さらに、ダイエットが必要な利用者は週1回市営プールの水泳や歩行、裏山への軽ハイキング等に出かけて、地域の資源を利用している。また、近隣の施設との連携しての「総合災害援助協定」を締結している。       </p>			



No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	共同生活生活介護の「ケアホーム金木星の郷」が地域移行により新設
	内容	昨年新法への移行として入所更生施設の指定から障害者支援施設(生活介護サービス・施設入所サービス・短期入所サービス)の指定に移行し、支援費の請求等の事務量は増加したが、支援サービスについては順調に推移している。新たな地域での取組みとして、本年の4月に入所者の地域移行の施設として共同生活介護サービス「ケアホーム金木星の郷」が同一地域に新設され、「金木星の郷」との緊密な連携(職員の兼務、利用者の日中活動等)の中で、男性利用者5名と職員による地域に定着した快適な生活が営まれている。
2	タイトル	すべての行動計画は起案書により管理職が決定し、管理職の責任を明確化
	内容	日常の運営上の行動計画は職員や副施設長が起案する「起案書」で決定されている。外出の届出や行事の企画等の利用者に関する案件は職員から、職員の人事関係や費用支出に関する案件は副施設長が起案をし、管理職で稟議決定されている。管理職からは起案者に対して必要に応じて助言をしており、責任を管理職と起案者が共有している。決定された内容は職員会議や保護者会・連絡帳・毎月配布する行事予定書で連絡を図っている。また、職員室・事務室・施設長室が隣接しており、管理職と職員とのコミュニケーションは日常十分にとられている。
3	タイトル	専門職を多く配置し、医療体制の充実と職員の資質向上と専門性を目指した将来への布石
	内容	看護師は昨年1名、今年1名増で現在3名。歯科衛生士と共に、日常の健康管理や服薬チェック、日々の通院付き添いのほかに、一般職員の「医療面から利用者を見る視点」の習得のためのアドバイザーも兼ねて配置。その外に嘱託医や栄養士等と連携して、医療体制の充実を図っている。また、職員の長期の看護学校への進学や月1回の継続的なてんかん講座への参加。外部研修や施設見学等を行うことにより、医療面での職員の資質向上と専門性を目指し、計画的に継続して実行しており将来への布石としている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	情報の開示に向けて更なる取組みを
	内容	利用希望者や新法移行の入所施設のため同種施設の訪問による見学があり受入れをしている。会報誌「きんもくせい」が年2回発刊されており、行事等の活動状況が掲載され、理事・保護者・後援会・行政等に配布している。インターネットのホームページのURLの記載が施設のパンフレットに記載されているが開示されていない。現在の情報提供は利用者・保護者中心の取組みになっており、地域との関係は難しいものがあるが、社会福祉法人としての地域に向けた、広く一般的な情報提供は積極的とはいえない。
2	タイトル	事業計画の中間での目標管理チェックを
	内容	計画の実行性を高めるために施設内のアクシデント・インシデントレポートの事故や事案につながりやすい事例等を担当者が記入して管理職に報告しているが、他の施設の事例を参考にする取組みについては不十分で、外の事例を学びより高い成果を得るための取組みに期待したい。事業計画の進捗状況の確認は、事業係数(予算管理等)については月次で進捗状況を管理しているが、支援や事業計画については、一括して年度末に計画の総括をしており、中間では計画の進捗状況のチェックがされていない。今後、中間での目標管理チェックの実施が期待される。
3	タイトル	支援の統一性のため、特に新人職員向けのマニュアルの整備を
	内容	事務所業務の標準化としてのマニュアルは、「危機管理指針」、「事故対応マニュアル」等や日中活動におけるグループ別の作業計画表の手引書や医務関係の「日常と週間業務の医務業務」、利用者毎の「服薬に関する注意及び服薬内容」、「院内感染予防マニュアル」等がある。また新人職員にはベテラン職員によるOJTを経験させているなどしているが、生活介護に関する排泄・着脱整容に関する手引書は作成されていない。マニュアルを作成できる職員の育成を目指しているとしているが、支援の統一性のため特に新人職員向けのマニュアルの整備が望まれる。