

**「福祉サービス第三者評価を準用した調査」結果報告書(2009年度)**  
**(東京都民間社会福祉施設サービス推進費補助)**

年 月 日

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 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

印

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: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	2009 年 7 月 10 日	
利用者調査票配布日(実施日)	2009 年 7 月 10 日	
利用者調査結果報告日	2009 年 9 月 9 日	
自己評価の調査票配布日	2009 年 7 月 11 日	
自己評価結果報告日	2009 年 9 月 9 日	
訪問調査日	2009 年 9 月 15 日	
調査結果合議日	2009 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、多様な場面の「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。	

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む調査結果報告書を受け取りました。

年 月 日

事業者代表者氏名

印

調査対象

利用者定員・現員共に50名(男性36名・女性14名)、平均年齢40.2歳。利用者調査票(標準)の設問に則って、職員以外の部外者である評価者とも意思疎通が可能と思われる利用者に聴き取りを試みた。

調査方法

普段の生活環境・リズム等に変化をきたさないように、職員のサポートを得ながら、「聞き取り方式」で行ったが、その場に耐えられる方が2名にすぎなかったため、「場面観察」で利用者意向・満足度を把握した。

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**

東京の西多摩地域の終着駅から緑に覆われた緩やかな坂道を歩くこと10分程で高齢者施設とも隣接したタイル貼り3階建の「金木星の郷」(50名の利用者)が眼下に姿を現す。「金木星の郷」は、平成15年4月1日に「知的障害者入所更生施設」として開設し、平成19年10月には、障害者自立支援法に基づく「生活介護」・「施設入所支援」事業に移行した。当該施設は短期入所サービス(4名)も行っている。なお、法人は「生きがいと安らぎを求めて、よりよい環境作りを目指しながら、豊かなふれあいの中で、職員ともども楽しく張り合いのある家庭的な生活を実現していく」との基本理念実現のために平成20年4月に共同生活介護事業(ケアホーム男性5名)も行うなどトータル的にサービスを展開している。日課としての作業等は、利用者の希望・能力等を考慮して、紙梳き、ビーズ、手工芸等を小グループで行っている。この日中活動を中心としながらも、家族や地域の人々も参加する納涼祭(今年のテーマ「ひまわり」)も含めて「場面観察」を行った。日常的に職員と過ごす日課だけでなく、家族も含めて様々な人々が集う利用者主体の納涼祭では嬉々として祭りに溶け込む利用者の姿がみられた。

**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》

起床や整容などの利用者のプライバシーに関わる時間帯を除き、午前中の3階の作業室での状況及び昼食の状況を観察した。広く明るい2つの作業室では、利用者の希望・能力等を考慮して小グループに編成した紙梳き、ビーズ、手工芸等の作業を行い、環境を構造化している。作業時間も10時から11時40分迄で、手洗い片づけをして麦茶やコーヒーで喉を潤し、2・3階の居室フロアに戻り、昼食の時を待っている。納涼祭は、ひまわりで飾られた櫓を中心に、舞台・屋台の周りに浴衣、甚平姿の利用者・職員の嬉々とした姿があった。

《調査時に観察した場面から評価者が感じたこと》

2作業所とも職員が見守り手助けする中で、利用者は窓辺の専用席或いは数名のグループで紙ちぎりやビーズ、手工芸等を一人ひとりのペースで行っている。利用者がミキサーから紙梳き材料をザルに移し、丸め冷蔵庫に納める一連の作業を冷蔵庫を開け放しのまま行くと、職員は優しい眼差しでその都度閉めることをしっかりと説明し「あっ、そうか」との素振りですの都度開閉しながら黙々と作業に打ち込んでいた。居室へ続く廊下の扉に笹竹に短冊・きらきら星の絵が描いてある七夕の風情あるフロアで面会の母親を取り巻く傍らには談笑する職員の姿もあった。

## 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とらえるのではなく、自己表現の一つ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、日常生活に際してはイレギュラーを排し、わ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する側の個々の価値観(こうあるべきだ、ねばならない等)をできるだけ除き、さらに利用者同士のトラブルに巻き込まれることがないように配慮(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が多くあるのが昨年と変わらない状況である。また事業所としては、利用者の諸々の要求にリアルタイムに応えるよう体制を作りつつあるのだが、職員採用が思うに任せず、将来に向けて、施設のみでは解決不可能な大きな課題を抱えている。

## 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. 食事の時間は楽しみになっているか	0	0	0	2
少数であり、利用者の意向を汲み取ることは困難であったので、記述は省略する。				
2. 日常生活には自由度があるか	0	0	0	2
少数であり、利用者の意向を汲み取ることは困難であったので、記述は省略する。				
3. 活動は楽しいか	0	0	0	2
少数であり、利用者の意向を汲み取ることは困難であったので、記述は省略する。				
4. 利用者は必要なときに支援を受けているか	0	0	0	2
少数であり、利用者の意向を汲み取ることは困難であったので、記述は省略する。				
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
少数であり、利用者の意向を汲み取ることは困難であったので、記述は省略する。				

6. 利用者の気持ちは尊重されているか	0	0	0	2
少数であり、利用者の意向を汲み取ることは困難であったので、記述は省略する。				
7. 職員の対応は丁寧か	0	0	0	2
少数であり、利用者の意向を汲み取ることは困難であったので、記述は省略する。				
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
少数であり、利用者の意向を汲み取ることは困難であったので、記述は省略する。				
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	2
少数であり、利用者の意向を汲み取ることは困難であったので、記述は省略する。				
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	2
過去1年以内に利用を開始した利用者はない。				
11. 不満や要望を事業所(施設)に言いやすいか	0	0	0	2
少数であり、利用者の意向を汲み取ることは困難であったので、記述は省略する。				
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
少数であり、利用者の意向を汲み取ることは困難であったので、記述は省略する。				

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
少数であり、利用者の意向を汲み取ることは困難であったので、記述は省略する。				

**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( A )</span>	
	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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	◎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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	◎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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	◎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) <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 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( A )</span>	
	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 <span style="float: right;">○非該当</span>
	◎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 <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

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

今までの支援のあり方を総括した重点目標の設定

障害の特性、とりわけ自閉的な人々の受入れ環境づくりを目指し、家庭的な生活を実現していく施設の基本理念は、施設の案内パンフレットや事業計画の冒頭に明示されている。本年度の重点目標は①食生活の充実(入所前の食生活改善のための食事の提供を検討)②生活支援員のスキルアップ(経験の長い職員による指導職員制度の導入等)、また、支援目標には出来る限りの個別対応・外出機会の増加を掲げて実践している。これらの目標は職員会議、新入職員には導入教育時において周知している。

管理職のリーダーシップによる施設運営

管理職は施設長・副施設長・生活支援課長と位置づけ、支援現場の監督者として主任を配置している。役職者を含め全職員の日常の職務分担は「職務分掌一覧」に詳細が規定されており、年度ごとの役割は事業計画に明示されている。日常における外出や費用支出等の運営案件は起案書により、各職員が管理職に起案して承諾を得ている。年度ごとの事業計画は管理職が中心となって原案を策定して、法人の理事会で決定され、全職員に明示されている。また、地元自治会との交流、行政への対応は全面的に施設長・副施設長が担っている。

起案書による施設運営案件の承認と管理職間での責任の共有

事業計画・報告、決算・予算、就業規則の改定、新規事業の計画等の重要案件は法人の理事会で決定されている。日常の運営案件は、起案書により管理職が決定しており、稟議により管理職間で責任を共有している。管理職は必要に応じてコメントし、起案者である職員と決裁者である管理職との情報の共有を図っている。決定された内容は月2回開催されている職員会議で報告され、保護者に周知すべき案件に関しては、保護者会や毎月の請求書に同封している月間計画や行事案内で連絡している。

2 カテゴリー2		
2 経営における社会的責任		
サブカテゴリー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、地域の人々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
【A+の取り組み】 ○あり ●なし		
サブカテゴリー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( B )		
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		



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( B )

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】 ○あり ●なし

評価項目3

地域の関係機関との連携を図っている

評点( A )

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】 ○あり ●なし

カテゴリ-2の講評

人権擁護規程の理解と遵守に向けた取り組みの実施

守るべき法・規範・倫理については「金木星の会人権擁護規程」に、「利用者の人権に常に配慮した生活支援を心がける」と規定され、事業計画にも「利用者の権利擁護について」として、日常支援に当たる職員に人権擁護に対する意識を徹底している。新入職員には導入教育時における研修及び日常における指導職員制度によるOJTで指導・助言している。職員自己評価分析結果においても大半の職員が人権擁護に関する理解を示している。

生活介護・施設入所施設についての啓蒙による地域交流への努力

施設の置かれた地域は人口の減少や住民の高齢化傾向にあり、地域との交流が難しい状況にあるが、施設の納涼祭・秋祭り等の行事は、地元のお囃子の参加による利用者との交流や行事ボランティアの応援を得て実施している。また、施設は、地元自治会に加盟し会議に参加、行事用の備品の貸し出し、災害時の相互防災協定等、地域との交流を深めるための改善が図られた。支援ボランティア・中学生の職場体験等は、自閉症の特性がある利用者が多い施設であるため、その受け入れは難しく実施していない。

他施設との職員レベルでの協働・交流が望まれる

行政の地域自立支援協議会や行政関連の委員会には、施設長を中心として福祉計画の策定や介護給付審査委員に参加している。また、法人の理事長、施設長による外部講演は各地において実施されて、施設の知名度は高まってきている。しかし、地域における職員レベルでの施設間の協働・交流は十分とは言えない。「金木星の郷」は1法人1施設であり、他の施設との交流機会が少ないため、職員の地域及び他の施設との交流や協働が今後望まれる。

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	
◎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

【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	
◎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

【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	
○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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

### カテゴリ-3の講評

#### 苦情は事前の相談により解決を図るための対応をしている

苦情解決制度については契約書に相談・苦情対応の条項が、重要事項説明書には施設の苦情窓口(生活支援課長)・第三者委員・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」について明記されており、契約時に保護者等に説明がなされている。具体的な苦情への対応については「利用者からの苦情解決の取り組みに関する実施要領」に詳細が規定されており、苦情については広報誌・事業報告に公表することになっている。開所以来、苦情は事前に相談があり対応しているため苦情となっておらず、公表に至る苦情申し立ては皆無である。

#### 利用者の担当制(1～2名)による利用者意向の把握

利用者の意向は、利用者の自閉症特性から直接的に把握することが難しいため、利用者担当制による生活支援職員が常に利用者の意向を個別に把握している。その対応については、担当者の判断のみならず、看護師、栄養士、嘱託医等と総合的に判断している。また、個別支援計画は年度当初に担当者が前年度の総括を基に原案を作成し、ケース会議において決定している。必要に応じて保護者面談を実施し、支援計画の資料を送付している。併せて、担当者の状況把握に限らず全職員による全利用者の情報共有にも努めている。

#### 地域住民への知的障害者に対する理解を深めるための取り組み

自閉症関連の協会や行政の障害者関連協議会、外部研修講座に参画して、福祉関連の動向に関する情報の把握・収集に努めている。利用者が定員を満たしており受入れが出来ないためか、地域福祉ニーズに十分に当たっているとは言えないが、現在、近隣住民に知的障害に対する理解を求めている段階であり、施設の努力により、徐々にではあるが障害者に関する理解が深まり、地域の門戸が開かれつつある。

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

評点( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ◎なし

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( A )

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

【A+の取り組み】 ○あり ◎なし

<b>評価項目3</b> 着実な計画の実行に取り組んでいる		<b>評点 ( B )</b>
----------------------------------	--	-----------------

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図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

<b>【A+の取り組み】</b>	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
<b>サブカテゴリ-2</b>	
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる	

<b>評価項目1</b> 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる		<b>評点 ( A )</b>
--	--	-----------------

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. 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	○非該当
◎あり ○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	○非該当

<b>【A+の取り組み】</b>	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
<b>カテゴリ-4の講評</b>	

**取り巻く環境の変化に対応するための10か年計画の見直しを検討**

長期計画として、理念に基づいた10か年計画が策定されており、すでに計画に則り新法への移行し、「ケアホーム金木星の郷」が新設されている。行政の福祉政策の見直し等、施設を取り巻く環境が大きく変化しており、施設として計画を見直す必要があると考えている。本年度の事業計画は、重点目標として食生活の充実と生活支援員のスキル向上を掲げている。支援・作業・栄養・医務等の現場レベルでは、具体的な手順が決められており、計画に沿って支援が実施されている。

**計画推進のための目標指標の策定と定期的な進捗状況の確認を**

事業計画や支援計画の実施に向けた職員の役割等の体制は「職員業務分担」に明記されており、具体的な支援については各部署(生活支援・医務・栄養)ごとに業務遂行の手順や役割が決められて実行されている。施設におけるアクシデントレポート(インシデントレポート含む)は実際に現場で立ち会った職員が記入・報告しており、管理職に報告すると同時に必要に応じて職員に徹底を図っている。事業等の計画推進目標適合の指標や計画的な進捗状況の確認は実施されていない。具体的な計画推進目標指標を策定し、定期的な進捗状況の確認が望まれる。

**医務による健康管理の充実で通院者の減少**

新型インフルエンザへの対策は月2回の施設内の消毒のほか、利用者のみならず、職員及びその家族の発症時の対策がとられている。利用者の安全の確保に向けて「危機管理指針」が規定されており、不審者進入・交通事故防止・利用者の行方不明・火災地震・誤薬防止等について明示されている。特に、医務においては、看護師3名、歯科衛生士1名の体制により利用者の健康管理が充実しており、通院の利用者数が昨年と比べて減少している。地域においては、近隣の4福祉施設と自治会により災害時の相互防災協定が締結されている。

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	
●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

【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	
●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. 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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○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

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

サブカテゴリ-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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<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	<input type="radio"/> 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	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

【A+の取り組み】 あり なし

カテゴリ-5の講評

新規採用により職員が増加した支援体制

本年度は5名の新規採用をしており、支援の常勤換算は1.35人と法定人数を大きく上回った体制となっている。その結果、支援シフトに組み込まれない「フリー日勤」日が設けられ、全体の把握や終日の個別外出支援等が可能となった。しかし、男性利用者が多い中、男性職員が少ないため、男性職員の採用に努めている。また、女性職員の勤務条件整備(産休・育休・シフトのあり方等)が課題としてあげられ、施設はその対策として、ホームページの作成、寮の設置、女性職員の勤務条件の弾力的な運用についての検討と対応に努めている。

新人職員スキルアップに向けた指導職員制度の導入

新人職員(1～2年目)に対してベテラン職員による指導職員制度(バディ制度)の導入が今年度から実施された。理念・方針・日常支援などのルールをはじめ、職務遂行に対する指導をマンツーマンで行っている。まだ導入したばかりでその成果は具体的でないが、新入職員にとって相談先が決まってお心強いものになっている。職員のスキルアップ向上のための研修制度は外部研修が中心だが、支援に関わる課題についてケースを中心とした自主勉強会が計画されている。今後、職員の自発的な研修参加と一人ひとりの階層別の個別育成研修計画が望まれる。

人事評価制度は一部非常勤職員のみで全職員への導入が図られていない

休暇制度(夏休み等)や給与等の労働条件は充実している。職員の育成・評価・報酬については、医務・支援員の非常勤職員を対象に職務に対する評価として15項目の期待値に対する5段階の査定を賞与において実施している。現在、常勤職員を含めた職員全体の評価制度の導入は考えられていない。勤務シフトは、働きがいの向上のために夫婦での勤務や妊娠等、個人に配慮したものになっている。また、「ケアホーム金木星の郷」での勤務は、入所施設の職員がシフトによる兼務で対応して勤務に変化を持たせている。

カテゴリー7

7 情報の保護・共有

サブカテゴリー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( A )

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( A )

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

#### データの外部流出を防ぐためのセキュリティシステムの導入

個別支援計画等の支援に関わる当年度の情報は、職員室間をLANで結んでおり、必要に応じて閲覧が出来る。支援に関わる全職員にアクセス権が設定されている。パソコン上のデータは1年ごとにバックアップを取り、紙媒体による書類データは製本して施錠できる保管庫に年度ごとに分類され、保存されている。また、情報の外部流出を防ぐため外部メディアにデータの取り出しが出来ないセキュリティシステムを導入している。

#### 職員・実習生・見学者からプライバシー保護の誓約書をとっている

個人情報の利用目的・保護に関しては「個人情報保護に関する基本方針」「個人情報保護管理規程」に明示がされている。また、契約書や「個人情報の利用目的の通知及び第三者に対する提供に関する同意書」や会員誌への氏名・写真の掲載について利用者及び保護者の同意を得ている。職員に対しても情報漏洩に関する誓約書を提出させている。その他、施設での実習生や施設見学者に対しても利用者のプライバシーに関する守秘義務の誓約書の提出を義務づけている。

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」	<input checked="" type="radio"/> A+ <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
改善の成果	
医務においては、健康管理が充実しており、通院の利用者数が昨年と比べて大きく減少 ・施設が置かれた地域は、人口の減少や高齢化傾向にあり、施設が地域と交流することは困難であるが、施設は、地元自治会に加盟しその活動に参加、行事用の備品の貸し出し、災害時の相互防災協定等、地域との交流を深めるよう改善が図られている。 ・医務においては、自閉の特性から利用者の自室での静養が中心であるが、看護師3名、歯科衛生士1名の体制とした結果、利用者の健康管理が充実し通院の利用者数が昨年と比べて大きく減少して改善した。昨年に引き続き、看護師資格取得のため支援職員を公立の看護学校に派遣して医療の充実を図っている。	
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」	<input type="radio"/> A+ <input checked="" type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
改善の成果	
新人職員に対してベテラン職員による指導職員制度(バディ制度)の導入 ・本年度は5名の新規職員を採用をしており、支援の常勤換算は1.35人と法定の人数を大きく上回った体制となっている。その結果、支援シフトに組み込まれない「フリー日勤」日が設けられ、全体の把握や終日の個別外出支援等が可能となった。 ・新人職員(1～2年目)に対してベテラン職員による指導職員制度(バディ制度)が導入され、職務遂行に対する指導をマンツーマンで行っている。新入職員にとって相談先が決まってお心強いものとなっている。	
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」	<input type="radio"/> A+ <input checked="" type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
改善の成果	
ケース事例を基にテーマを決めたカンファレンスの計画など支援の充実 ・支援計画に関して、本年度は、秋以降から「ダイエット」、「性的問題」、「支援会議で気になったこと」などのテーマについて2～3ケースを抽出して、カンファレンスを計画している。 ・昨年度末に支援業務の手引書を作成し、今年度の新人研修で使用している。 ・定期服薬利用者毎に「個人病歴表」を作成し過去の病歴を一覧表にまとめた結果、同じ様な症状が出た時に早期の対応が出来るなどの成果を上げている。 ・今年度2台の足洗器械を購入し、足湯を行った結果、精神面で効果のあるリラクゼーションで成果を上げている。 ・今年度から「フリー日勤」職員を日中活動へ配置するなどして個別対応の充実を図っている。	

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

徹底した費用支出の節減に努めている

・収入面では、職員の配置や利用者の区分により加算がついている。支出面では、職員全体の平均年齢が若いためか、人件費率が他の福祉施設に比べて低い傾向にある。また、その他の支出は徹底したやり繰りにより節減している。

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

職員の利用者担当制(1~2名)による利用者意向の把握

・利用者の自閉症特性から直接意向を把握することが難しい場合が多い。利用者担当制による生活支援職員により、常に利用者の意向を個別に把握している。その対応については担当者の判断のみならず、看護師、歯科衛生士、栄養士、嘱託医等により総合的に判断している。

## 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( A )</span>		
	評価	標準項目
	◎あり ○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
	◎あり ○なし	○非該当
	◎あり ○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
	◎あり ○なし	○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
	◎あり ○なし	○非該当
	◎あり ○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
	◎あり ○なし	○非該当
【A+の取り組み】 ○あり ◎なし		
サブカテゴリー1の講評		
<p>主にカラー刷パンフレットと広報誌(きんもくせい)が施設の情報を発信</p> <p>保護者が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っていた事に由来して名付けた「金木星の郷」は、①障害の特性に応じた、とりわけ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す、②生きがいと安らぎを求めて、よりよい環境作りを目指しながら、豊かなふれあいの中で、職員ともども楽しく張り合いのある家庭的な生活の実現、③地域社会との交流等の基本理念の基に7年の支援を重ね、平成19年10月には、障害者自立支援法に基づく「生活介護」・「施設入所支援」へと変遷している。</p> <p>後援会役員も手伝う主力の広報誌に加え、ホームページ開設へ向けた取り組みが始まる</p> <p>広報誌では、施設長の想いやクリスマス会や餅つき等の行事における利用者の笑顔があり、新企画としての「金木星の郷」見学会、調理師さん、新入職員紹介など日頃の場を掲載しており、「後援会だより」では活動報告等も紹介している。年2回(春・冬)発行の広報誌は600部程作成し、家族、後援会、寄付者、当法人の理事・職員、行政等に配布している。これまでの紙ベースによる広報に加え、インターネットで広く広報すべくホームページの開設を準備しており、多彩な情報をリアルタイムで発信することで職員募集にも役立つものと期待を持っている。</p> <p>施設運営に関する資料や七夕飾り絵など日常生活に溶け込んだお知らせ</p> <p>玄関ロビー壁面に運営規程、財産目録、資金収支計算書や「福祉サービス第三者評価」を踏まえたサービス改善計画を掲示して、訪問者へ情報を公開している。また、ガラスケースに日中活動の刺し子等の手芸製品を展示している。また、廊下から居室に通ずるガラスドアに7月の季節ということもあり、職員の手による笹竹の枝がたわむほどの短冊にきらきら星の七夕飾りや、旅行の写真等を貼り思い出とともに潤いのある生活の場を工夫している。1泊旅行の際も多くの写真や絵で説明した「旅行のしおり」を作成し利用者には知らせている。</p>		

サブカテゴリ-2

2 サービスの開始・終了時の対応

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-2の講評

施設への入・退所の動きはなく、利用者にとっては安らぎのある生活環境となっている

昨年度から今年度にかけて利用者が定員を満たしており、且つ入・退所者がなく同じメンバーの利用者で経過している。施設設立の経緯からも自閉的な利用者が多いので、「同じ顔ぶれで同じ環境」、「リズムを変えないこと」という考えと同様に、安らぎのある生活環境となっている。また、短期入所サービスは定員4名(男性3名・女性1名)のところ、女性1ベッドに対して、利用希望者が多く、女性枠ベッドは常に満床の状態となっている。そのために短期入所サービスの稼働率は低い状態となっている。

短期入所であっても、新規利用者本人に見学をすすめ意思疎通を図ることを優先

利用に際しては、短期入所であっても本人が気に入るかどうか、施設を見学してもらってから利用の決定をすることをお願いしている。ベッドの空きが出た場合には、まず短期入所を利用していた方や地元の自治体に一報してから、他の自治体に連絡している。当法人では、個別の対応に力を入れ、一人ひとりの生育暦・能力・入所前の生活のリズムに合わせた支援として、入所された新利用者との接点を多く持ち、時には1対1で支援に当たり、利用者との意思疎通を図ることに重点を置いている。また、なるべく家庭生活に近い状態での支援を心掛けている。

重要事項説明書並びに契約書別紙等で、特に利用者負担金等について丁寧に説明し同意を得ている

サービス開始に当たり、重要事項説明書、利用契約書及び契約書別紙を基に丁寧に説明し、提供するサービスの理解並びに同意を得て署名・押印等書類上の手続きをしてサービスを実施している。特に平成19年10月から障害者自立支援法の事業に移行したことにより、利用者の自己負担が生じるようになったため、「契約書別紙」で自己負担の内容を詳細且つ丁寧に説明して了解を得て、再度、署名・押印を得ている。

サブカテゴリ-3

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( B )

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 type="radio"/> あり <input checked="" 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>		<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし

サブカテゴリー3の講評

**前年度支援計画の目標を記述方式で評価し、全職員参加で利用者本位の支援計画を作成**  
 担当者が前年度のまとめとして、利用者の「日常生活」を「対職員、対利用者、食事、作業、余暇、外出、情緒、健康等」項目別に整理し、支援目標に対しての評価はチェック方式をとらず記述方式で行っている。年度始めにケアホームも含めて、日中及び夜間の「支援計画」、「支援上の留意点」等の支援計画を作成し、それを基に全職員が参加のケース会議で討議・検討し、本年度の支援計画(原案)を作り、支援計画案を保護者等に郵送し承諾を得て確定している。計画の見直しは必要な時に職員会議等(ケースも含む)で行っている。

**毎年改善工夫を重ねる利用者一人ひとりの「個人別ファイル」がサービスの質の向上に繋がっている**  
 利用者別の個人別ファイルを作り、利用契約書、委任状、決定通知書、支援計画、承諾書、個人調査書等が年度ごとに製本化され、見やすく整理されている。また、現年度分は施設内のパソコン上で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に関して毎日記録している。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することで内容が明瞭となっている。入力担当職員に限らず支援に関わった職員が行っている。職員はこれら情報を施設内LANにより共有化してサービスの質の向上を図っている。

**支援会議で課題となった事項などについて、テーマ別のカンファレンスを計画**  
 年間予定の月2回の職員会議(金曜日)、年間7回のケース会議のほかにも、業務日誌(生活支援課・宿直・医療・ケアホーム)等で情報を共有化している。支援計画に関しては、本年度は、秋以降から「ダイエット」、「性の問題」、「支援会議で気になったこと」などのテーマについて2~3ケースを抽出して、カンファレンスを計画している。業務サービス管理責任者は保護者等からの依頼による行政代行、預貯金や成年後見等の相談に応じているが、その相談の記録化は行っていない。

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、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>		<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし

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( A )

評価	標準項目	
◎あり ○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)	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当
◎あり ○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	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ◎なし

サブカテゴリ5の講評

「個人情報保護管理規程」を設け、職員・施設見学者・実習生等にも遵守

「個人情報保護に関する基本方針」、「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、利用者が安心してサービスを受けられるよう努めている。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で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。

利用者に対しては「人権擁護規程」を設けて、体罰等の禁止による人権に配慮した支援を実施

職員の日常支援においては、「人権擁護規程」に体罰の禁止、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、同性介助の原則、機関紙等に掲載するにあたっての肖像権の保護等を定め、人権に配慮した支援を心掛けている。肖像権に関しては別紙で利用者に知らせている。他に「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、施設長を苦情解決責任者に、職員1名を受付担当にして、第三者委員2名を任命しているが、今のところ申し立てはない。

同性介助を目指した職員配置に努めている

利用者の男女比と職員の男女比が逆転しており、女性利用者には同性介護が実施されているが、男性利用者に対しての同性介助は困難な状況にある。しかしながら、浴室介助については男性職員が少ない中でも同性介助を心がけている。男性職員の採用のために、施設も福祉系の大学への働きかけや男性実習生の受入れに努めているが、現実には厳しい社会情勢となっており、これからホームページを立ち上げて多様な形での情報提供を通して施設を知ってもらいたいと考えている。



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 type="radio"/> あり <input checked="" 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

支援業務の手引書作成やバディ制度等を導入し生活支援員のスキルアップ向上

今年度の重点目標に「生活支援員のスキルアップ」を掲げ、①指導職員制度の導入(5年～7年の職員と1年・2年職員のペアでのバディ制度)、②テーマを決めてのカンファレンスの秋以降の実施(会議の中からケース事例を基にした勉強会「ダイエット」、「性の問題」などを予定)、③支援業務の手引書の作成(昨年度末に作成し、今年度の新人研修で使用)、④個々の資質向上のための研修(施設内で5月に基礎研修を行った。外部研修として発達協会・国立の学園・てんかん講座等への継続的な参加)等を実施している。

専門(医療)職員を数多く配置し、日常生活の向上を目指した支援の実施

当施設では「専門職員(医療)を数多く、日常生活場面に配置したい」と、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ている。更に医務部門の充実に向けて平成20年度から22年度の3か年に亘り、支援員を都立の看護学校に研修派遣している。また、新人職員には、採用当初には基礎研修を、日常的には指導職員制度によるOJTを実施している。なお、事務室、施設長室、フタツフルームが隣接しているなど、構造的にも職員間の意思疎通が容易となっている。

「危機管理指針」や「事故対応マニュアル」を基に利用者の安全に配慮した支援

「危機管理指針」に基づき、不審者の侵入、交通事故防止、行方不明、火災、地震時の対応や誤飲等、利用者の安全支援に努めている。また、「事故対応マニュアル」では昼間と夜間の医療と事故に分けて時系列で何を行い、誰に連絡するかが示されている。実際に現場で立ち会った職員がアクシデントレポート等を作成し上司へ提出することを義務付けている。施設長は重要な案件についてはその都度コメントし注意を喚起している。しかしながら、利用者の特性等から支援に関する手引書等を全て整備するまでには至っていない。

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( B )
	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	○非該当
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○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	○非該当
	○あり ●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	○非該当
【A+の取り組み】		○あり ●なし	
評価項目1の講評			
<p><b>看護師等医療職及びフリー日勤職等も加わり一人ひとりに応じた支援の充実</b></p> <p>昨年に続き、個別の対応や数多くの外出機会の保障等を支援の重点に置き、利用者一人ひとりに応じた個別支援計画に基づき組織的に支援している。具体的には、「日常生活を楽しむ」とした支援目標を達成するためには、①外出の幅を広げ楽しめることを探る、②不安やストレスの軽減に努めることに留意して支援している。なお、「金木星の郷」では看護師等医療職の職員も積極的に日中活動や食事の場に関わりを持ち、生活支援員等との連携を図っている。また、今年度から「フリー日勤」職員をして日中活動へ配置するなどして個別対応の充実を図っている。</p> <p><b>施設の基本理念でもある「生きがいと安らぎを求めてよりよい環境作り」を目指す支援</b></p> <p>利用者の特性に応じて一人ひとりの行動や心身の状態を把握して意思疎通を図ることに努めている。そのための方法として、写真やマカトン法を利用している。また、施設の基本理念でもある「生きがいと安らぎを求めてよりよい環境作り」を目指して、日中活動の場において構造上の対応だけでなく不安やストレスなどを生じさせないように、居室環境を利用者の心身の状態に応じて、カーテンや窓の開閉一つにしても適切に対応している。また、個々人の生活リズムを尊重しながらも集団での規則ある生活も送れるよう支援に努めている。</p> <p><b>個別外出や小グループ編成での1泊旅行など支援計画に沿った個別企画により利用者の想いを達成</b></p> <p>支援計画に沿った個別企画として、担当職員は月に1ないし2回の割合で平常勤務終了後に企画書を基に利用者と個別に外出をする。外出では、買い物や食事だけでなく、カラオケやボーリングなどを行っている利用者もみられる。また、年1回小グループ編成で1泊旅行も行っている。廊下の壁面には、1泊旅行の思い出が掲示されているため、楽しかった体験を日常的に掘り起こす場となっている。ほかにも一人で街中に外出して販売機で缶コーヒーを買ったり、公共図書館の本を利用している利用者もみられる。</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	
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○なし	2. 利用者が活動しやすい環境を整えている	○非該当
	●あり ○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	○非該当
【A+の取り組み】		○あり ●なし	

評価項目2の講評	
<p>3名の作業担当職員を中心に、雑多な刺激などが無いように配慮された作業環境</p> <p>①作業内容・量・時間や計画については、時間空間の見通しができる順番や配置をする、②個別作業室・パーテーションについては、雑多な刺激をできる限り排除するような配置等をすると作業方針及び個別支援計画に基づき、3名の職員が中心となり、利用者の個々の特性に合わせた個人計画と個人の能力を最大限に引き出せるような作業内容を立案・検討している。開設して7年目を迎え作業活動にも慣れ落ち着きのある利用者が多くみられるようになり、作品にも反映されてきた。</p> <p><b>利用者の状態に応じた作業環境のもとでの日中活動</b></p> <p>広い廊下で結ばれた左右2か所の作業室で日中活動を行っている。作業室では、紙すき、ビーズ、手芸を行っている。職員は作業の見守り、手助け、声かけなど一人ひとりに目配せしながら部屋全体の状況把握に努めている。また、作業を日中活動としない利用者には、話かけ、スキンシップ等で部屋での雰囲気と和ませている。作業室の窓側に衝立で仕切った個別の作業場を設定するなど、利用者の状態に応じた作業環境を整えており、適宜柔軟に改善している。</p> <p><b>利用者の希望・能力等を考慮した日中活動を行っているが、更に活動の幅を広げる工夫を</b></p> <p>日中活動は限られた範囲ではあるが、利用者の希望・能力等を考慮し選んでいる。室内で行う①紙すき、②ビーズ、③手芸(刺し子・編み物・パッチワーク)の他に、④農作業、⑤プール、⑥歩行の6グループがあり、グループごとに作業支援計画を作成している。グループを選ばない利用者もあり、無理のない活動内容になっている。利用者は、自閉症の利用者が多いものの、一方では食事の準備を自発的に手伝う方やケアホームの利用者もおられるので、利用者に応じて活動の幅を広げる工夫が望まれる。</p>	

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	
<p>利用者の嗜好に配慮したメニューの他に、カロリー制限食や乳製品等にも配慮した食事提供</p> <p>開設当初から施設の栄養士の献立により厨房業務を業者委託し、食事を提供している。利用者の摂食の状態にあわせた食形態を選択しながら、生活リズムや季節感も考慮している。献立内容は個々の嗜好に配慮したメニューで、病人食等に配慮してカロリー制限食、減塩食の他に、障害がための偏食に対応し、乳製品、卵等に配慮した食事を提供している。なお、本年度の重点目標の一つに「食生活の充実」として、加齢に伴いこれまでの食形態では対応しきれない利用者に対して食のあり方についての方策を探ることを掲げている。</p> <p><b>利用者が食生活を楽しめるよう配慮したメニューと咀嚼の検討</b></p> <p>咀嚼困難な利用者の刻み食の問題をきっかけに、今年度の重点目標として「食生活の充実」を掲げている。食材を含めた食のあり方について、栄養士・歯科衛生士・看護師・支援員で検討を行った結果、他の利用者の加齢に伴う咀嚼・嚥下の検討にも繋がり、今年度に続いている。また、多くの利用者が大好物のカレーライスが毎週1回メニューに採り入れており、ハンバーグや中華料理も頻りに食卓に並び楽しい食事となっている。1階の広く明るい食堂では職員と一緒に配膳を手伝う利用者の姿も見られる。</p> <p><b>皆で食べる楽しさを味わう工夫をした衛生的な食堂</b></p> <p>食事は、利用者にとっても職員にとっても楽しいひと時であるので、皆と一緒に食卓を囲めるように食堂の食事時間を設けているが、利用者の状態によっては時間をずらすなどのきめ細かな対応をしている。こうした時間帯以外にも、利用者の好みの「食」や嫌いな「食」、或いは配慮する事柄等の「一覧」によって厨房業者にも利用者の状態把握ができ、「食」を介した意思疎通が図られている。食堂にはステンレス張りの大きな手洗い設備があり、ハンドタオルをバスケットに用意するなど衛生面にも注意を注いでいる。</p>	

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

規則正しい生活リズムが身につくようにしながら、日常生活に積極的に参加できるような支援  
 利用者の食事、排泄、入浴、着脱衣、与薬、居室環境等について、個別支援計画に沿って日中及び夜間の支援を行っている。生活支援では、規則正しい生活リズムが身につくように十分配慮することを目的としながら、日常生活に積極的に参加できるようにするために、「平日」、「土曜・休日」の日課及び、月間計画、年間行事計画に基づき支援が行われている。全体の行事として、該当月の「誕生会」や季節行事としての4月の「花見」、家族も大勢参加する8月の「納涼祭」、10月の「秋祭り」などを催している。

毎日の入浴で身体の清潔と爽快感に併せ看護師3名に歯科衛生士など手厚い体制で利用者の健康を管理  
 施設の衛生管理は、施設設備のみならず、そこに生活する利用者並びに支援に携わる職員にとって大事なことであるため、日常的に注意を払っている。特に利用者の身体の清潔と心身の壮快のために、毎日の入浴を午後3時30分から5時30分の時間帯で行っている。また、看護師3名を配置して個人病歴表を活用するなどして健康観察と管理、体調観察及び処置等を行い健康管理に努めるとともに、歯科衛生士も配置して、職員にも歯磨き指導を行うなどして利用者の口腔衛生に努めている。

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
<p>昨年(平成20年)9月から看護師3名、歯科衛生士1名を配置し、更に職員を都立の看護学校に20年から長期研修として学ばせるなど医療の充実を図っている。20年4月～9月の通院回数は月平均41.5回であったが、20年10月から21年3月は月平均27.2回と14.3回も急激に減少し、今年度はさらに減少している。これは看護師及び支援員との連携が功を奏し、利用者の体調の変化等の早期発見に結びついているものと思われる。また、食後の歯磨き励行や歯科衛生士による口腔衛生の徹底が疾病予防に大きな効果をもたらしている。</p>		

評価項目5の講評

徹底した日常的な衛生管理と疾病予防の取り組みによる利用者並びに職員の健康管理

本年度の事業計画「衛生管理の指導」では、「知的障害者が多くの合併障害を有していることを考え、日常的に衛生管理に注意を払う必要があり利用者の健康管理及び疾患予防に重点を置くよう徹底を図る」との方針のもとに、①利用者の心身の状況について詳細にチェック、②定期健診、疾病の早期発見、早期治療に努め、③職員の健診及び健康管理の充実の3点を掲げて、利用者として支援に携わる職員の健康管理に万全を期している。感染予防に注意を払い、手洗いの励行から手指消毒器による消毒ははじめ1日2回の消毒液噴霧を行っている。

医療スタッフの充実と支援員の連携等による健康管理で通院回数も減少する顕著な効果

昨年(平成20年)9月から看護師3名、歯科衛生士1名を配置し、更に職員を都立の看護学校に20年から長期研修として学ばせるなど医療の充実を図っている。20年4月～9月の通院回数は月平均41.5回であったが、20年10月から21年3月は月平均27.2回と14.3回も急激に減少し、今年度はさらに減少している。これは看護師及び支援員との連携が功を奏し、利用者の体調の変化等の早期発見に結びついているものと思われる。また、食後の歯磨き励行や歯科衛生士による口腔衛生の徹底が疾病予防に大きな効果をもたらしている。

管理の徹底と看護師、支援職員による3回チェックで誤薬防止、個人病歴表で早期の対応

医務室に月別、週別、更に細かに当日の薬が男性は青テープ、女性は赤テープで表示するなどして保管庫に整然と管理・保管されている。服薬はチェック表を使い看護師が2回、支援員が1回の点検後に服薬支援をしている。服薬忘れ等も誤薬としてアクジレントレポートで施設長まで決裁し事故を未然に防ぐことに取り組んでいる。医務室では受診先医療機関などを網羅した「個人病歴表」を作成し、観察、処置に役立てると共に緊急な通院等にも医療機関と円滑に連携が図られている。なお、タミフルを備蓄するなど先行した対応をしている。

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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	3. 日常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	○非該当
○あり ●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しくみを整えている	○非該当
○あり ●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	○非該当

【A+の取り組み】 ○あり ●なし

評価項目6の講評

壁やトイレ臭気の改修で快適な環境のなかで2台のフットバスが利用者にはリラクゼーション効果をもたらしている

近くの小高い山や周囲の緑の木々を眺める「金木星の郷」は、1人部屋38室、2人部屋8室の明るく清潔な環境の中で50名の利用者が生活している。館内の日常的な清掃は職員があたっており、1日2回、噴霧による全館消毒を行い清潔と感染予防に努めている。男性棟の壁や床、浴室及び排水管の不具合によるトイレの臭気等の改修工事を行ったことにより快適な生活環境となっている。また、音楽や本年度新たに購入した2台のフットバスが利用者にはリラクゼーション効果をもたらしている。

「フリー日勤」職員を配置し、外出の機会増加を図っている

利用者は、支援計画に沿って、平日は日課の他に個別外出、プールや買い物等を行っている。土曜・休日はドライブとクラブ活動や誕生会を実施している。利用者の外出は月1回～2回のペースで、担当者との外出、複数の利用者との外出、担当職員以外との外出等、多くの職員・利用者との交流をしている。また、外出してカラオケ、外食、ボーリング等を行っている。さらに、本年度は職員を増員し、支援シフトに組み込まれない「フリー日勤」の職員を配置して、個別外出支援に携わり利用者の外出の機会が多くなっている。

日常生活に季節の変化と楽しさを体感できる花見や施設が交通費を負担して行う1泊旅行

日常生活に季節の変化と楽しさを体感するように、花見、納涼祭、秋祭り、クリスマス会、餅つき、旅行等の年間行事を実施している。小グループ編成で施設が交通費を負担して行う1泊旅行では「旅行のしおり」で行程や持ち物も絵で表現して利用者には知らせているが、利用者同士が話し合いを持って企画に参加することは利用者の状態から難しい(むしろ出来ない)実態がある。音楽クラブ・調理クラブ・母親が和服姿で立てるお茶クラブは、参加者も多く人気のクラブとなっている。

7	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( A )
	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

「翌月の行事予定表」や広報誌「きんもくせい」等で家族に密な現況報告  
 家族との連絡は、「翌月の行事予定表」を毎月1回請求書と一緒に郵送することにより、利用者の様子を知らせている。また、広報誌「きんもくせい」を家族に送付してその時々話題を提供している。利用者の支援計画書は年度始めの5月に作成し、郵送して承諾を得て支援を行っている。家族懇談会は年1回開催しており、後援会・役員会へ部屋の貸し出し等で協力体制をとっている。

帰省時の「連絡帳」で家族との連携  
 利用者の帰省は、必ず毎週、各週、或いは月1回などさまざまであり、夏季及び正月もある。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、家族から家での様子や連絡事項を記載することでお互いに連携をとっている。なお、家族からの手紙等は利用者の個人別ファイルに綴じこみ整理している。

8	評価項目8 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( A )
	評価	標準項目	
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○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	○非該当
【A+の取り組み】		○あり ●なし	

評価項目8の講評

**地元自治会の行事への参加など利用者・職員の地域交流の機会が待たれる**

地域のお囃子会の方が利用者にお囃子を教えに来たり、納涼祭にはお囃子で利用者と一緒に祭りを盛り上げている。先方から施設を訪れてくれるだけでなく、施設が地域に出ていくことを考えているが思うようになってない。施設内の地域交流スペースを使っての地域主導のプログラムへの参加は、利用者の障害特性を考えるとなかなか難しく、地元自治会が行事用の備品等を借りに来る程度となっている。利用者の状況から困難な面もあろうが地元自治会の行事への参加など地域交流の機会が待たれる。

**近隣4施設及び地元自治会との防災相互協定や市営プールなど限られた交流**

今年度、近隣の4施設及び地元自治会との間で防災時の相互防災協定が締結されたこともあり、地元自治会との関係は開設当初より相互の理解も深まり、徐々に改善しており、利用者の地域での行動範囲の広がりもみられるようになってきた。また、地域の施設である市営プールを利用している利用者もみられる。施設長は行政の福祉計画作成委員会長として福祉計画の策定や介護給付審査委員などを担い、地域に貢献している。

**ケアホームを拠点とした地域交流の工夫に期待**

平成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を開始している。5名の入所者は、より支援が必要な利用者に対してお互いに助け合い生活をしており、仲間意識が強まっている。女性支援員がホームの泊り込みの業務をローテーションで行っているが、入所施設と違い家庭的な雰囲気の中で支援をしている。今後はケアホームを拠点とした地域交流の工夫が期待される。



No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	指導管理者制度(バディ制度)の導入による新人職員のスキルアップ
	内容	本年は新人職員を5名採用しており、本年作成された新人用の研修マニュアルに沿った4日間の基礎研修が行われている。特に、新人職員(1～2年目)に対しては、開所当時からのベテラン職員による指導職員制度(バディ制度)が今年度から導入され、理念・方針・日常支援などのルールをはじめ、職務遂行に対する指導をマンツーマンで行っている。また制度を導入したばかりでその成果が具体的にはなっていないが、新入職員にとって相談先が決まっており心強いものになっている。
2	タイトル	医療スタッフの充実と支援員の連携等による健康管理で通院回数も減少する顕著な効果
	内容	昨年(平成20年)9月から看護師3名、歯科衛生士1名を配置し、更に職員を都立の看護学校に20年から長期研修として学ばせるなど医療の充実を図っている。20年4月～9月の通院回数は月平均41.5回であったが、20年10月から21年3月は月平均27.2回と14.3回も急激に減少し、今年度はさらに減少している。これは看護師及び支援員との連携が功を奏し、利用者の体調の変化等の早期発見に結びついているものと思われる。また、食後の歯磨き励行や歯科衛生士による口腔衛生の徹底が疾病予防に大きな効果をもたらしている。
3	タイトル	職員の増加による「フリー日勤」の導入により全体の把握や外出支援の充実
	内容	5名の職員を新規採用をしており、支援の常勤換算は1.35人と法定の人数を大きく上回った体制となっている。その結果、各職員に支援シフトに組み込まれない「フリー日勤」日を設けることが出来た。その日は施設全体の活動に自由に参加したり、担当利用者の希望を聞いて、今までの近隣外出にプラスして終日の個別外出支援等が可能となった。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	計画の目標指標を策定し、定期的な進捗状況の確認を
	内容	事業計画は、管理職が中心となって策定し、理事会で決定されている。また、具体的な支援に関わる手順等の計画は、各部署(支援・作業・医務・栄養等)ごとに策定され実施している。しかし、事業等の計画推進目標度合の指標や計画的な進捗状況の振り返り確認については実施されていない。前年度内に具体的な計画推進目標指標を策定し、定期的な進捗状況の確認と必要に応じた見直しが見られる。
2	タイトル	利用者の地元自治会主催の行事への参加等、更なる地域交流に努力を
	内容	地域との関係は近隣施設及び地元自治会との間で防災時の相互援助協定を締結するとともに、行事用の備品の貸し出し、自治会への加入・参加等により、徐々にであるが知的障害者に関する理解を深めるための門戸が開かれつつある。利用者の状況から地域交流には難しい面もあるが、今後も利用者の地元自治会主催の行事への積極的な参加を図り、地域との関係の改善に施設やケアホームを活用し、なお一層の地域交流に期待したい。
3	タイトル	利用者の希望・能力等を考慮した日中活動を行っているが、更に活動の幅を広げる工夫を
	内容	日中活動は限られた範囲ではあるが、利用者の希望・能力等を考慮し選んでいる。室内で行う①紙すき、②ビーズ、③手芸(刺し子・編み物・パッチワーク)の他に、④農作業、⑤プール、⑥歩行の6グループがあり、グループごとに作業支援計画を作成している。グループを選ばない利用者もおり、無理のない活動内容になっている。利用者は、自閉症の利用者が多く活動には限界があるものの、一方では食事の準備を自発的に手伝う方やケアホームの利用者もおられるので、利用者に応じて活動の幅を広げる工夫が望まれる。