

社会福祉法人 ロザリオの聖母会

重症心身障害児施設

聖母療育園

福祉サービス第三者評価報告書

平成 22 年 12 月 1 日

特別非営利活動法人メイアイヘルプユー

東京都福祉サービス第三者評価機関

認証番号 機構 02-004

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 7/9
	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る ○非該当

カテゴリー1の講評

法人の基本理念等は明示されているが、園独自の理念・方針の明示が望まれる

法人全体として、基本理念、倫理綱領等を明示しており、園としても、事業の一般的基本方針と事業環境についての現状の課題が、中長期計画として年度事業計画の冒頭に示されている。法人の理念、事業計画等は、冊子、掲示、広報等によって、また、園の年度事業計画は、主任会議、職員会議、掲示等によって職員や利用者等に周知している。今後、重要な意思決定、職員の意識・行動等が園全体として統一した考え方の基で行われるよう、重症心身障害児(者)施設(以下、重心施設と言う)としての園独自の運営理念、基本方針を明示することが望まれる。

経営層は役割と責任を明示し率先垂範している。さらに、組織内の意思統一が望まれる

経営層(副主任以上)は、組織図、主要会議への出席、委員会の担当、部署・部屋リーダー任命等によって役割と責任が明示され、職員に伝えられている。また、役職毎の職務内容の明文化に取り組んでいる。その上で、それらに従って園の目指すこと・計画の実現に向けて率先して行動している。しかし、職員全体の事業運営への評価は、肯定・非肯定が相半ばしている。形として示された経営層の役割と責任に加えて、園としての理念・方針等の考え方・目指すことを明示し、浸透させて意思統一を図ることによって、より組織的な職務遂行が期待できる。

重要な案件は実情を踏まえて運営会議で決定している。全職員への周知に工夫が望まれる

重要案件のひとつである年度計画は、法人の年度計画方針、それを受けた園の重点計画を基に各部門(科、係)が計画を立てるという手順で策定される。各部門では、職場の意向、前年の反省等の実情を踏まえて、副主任以上で策定している。園の重要な案件は、委員会を諮問機関とし、運営会議(各部門幹部職員による横断的組織)で決定される。決定事項・経緯の周知は、職員には主任会議や職員会議等を通じて行われるが、出席できない職員への周知に工夫が望まれる。利用者に係る重要な案件は、毎月の定期便への文書同封、家族会等によって周知している。

カテゴリ-2

2 経営における社会的責任

サブカテゴリ-1(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(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(〇●)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 透明性を高めるために、地域の人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	<input type="radio"/> 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(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(〇〇●)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(〇〇)

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

カテゴリー2の講評

職員の規範等を明示し、徹底を図っている。地域への情報開示についての工夫が望まれる

福祉サービスに従事する者が守るべきこととして、法人全体の倫理綱領、職員行動規範、福祉サービス共通基準を明示している。これらについて毎年職員の自己評価調査を行って、改めて理解を深め、足らざる点について反省・自己修正を促している。地域への情報開示は、実習生・見学者の積極的な受け入れ、第三者評価の実施等を通じて、地域の、園に対する理解者の拡大、外部の目による園の実態の評価など開かれた施設への努力を進めている。今後、広報誌等による情報開示等、園の透明性を高めるための積極的な取り組みが望まれる。

設備・人材等の地域還元に取り組み、ボランティア受け入れ体制の強化に努めている

地域の福祉のため、障害児の会への会議室や催し用の設備の貸し出し、福祉団体への大型低床バスの貸し出し、近隣施設の研修・技術支援にリハビリ担当職員を講師派遣する等の取り組みを行っている。ボランティアは、主に行事や洗濯補助等として受け入れているが、高齢化・固定化・マンネリ化が進んでいる。そのため、現在、園の理解者の増加、地域へのボランティアの機会の提供等を受け入れの方針として再確認し、ケースワーカーを担当者に任命し、留意事項等を含めた手引書の見直し等を行って受け入れ体制の強化を図っている。

利用者の支援環境の変化に対して、一層、地域関係者との連携・協働が期待される

地域の関係機関として、県重心障害者連絡協議会、自立支援協議会、リハビリ勉強会、守る会東総分会等に加入し連携を図っている。また、地域療育システムの勉強会に法人のケースワーカーが参加し、協働して地域の福祉ニーズの調査をするなどの活動を行っている。今後、重症心身障害児(者)の支援に係る環境が大きく変わる流れの中で、法人と園が役割を分担して、地域、行政等との連携・協働に、一層、積極的に取り組んでいくことが期待される。

カテゴリー3

3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用

サブカテゴリー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

サブカテゴリー毎の
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(○●)

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(○○○)

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(○○○)

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

カテゴリー3の講評

利用者から苦情等は殆ど出ていないが、より積極的に意向把握に取り組むことが望まれる

利用者・家族等からの苦情・要望等に対しては、園内の掲示・契約時の説明等によって苦情解決制度、意見箱、第三者委員等がいつでも利用できることを伝えている。しかし、第三者委員の認知度は低く、利用者等の苦情提出はこの2年間で1件である。苦情・要望等は、事故防止・苦情解決委員会で審議される。今後、園の方針としての利用者本位の支援、個別ケア等を一層推進するため、利用者本人一人ひとりの特性に合った意思把握方法の発見・開発に、組織的に取り組むことが望まれる。

利用者の意を汲んだ職員や家族からの意向把握とその活用が行なわれている

食事に関するアンケート(職員代筆)、食事に関する意見ノート(職員代筆)、行事希望(職員ヒヤリング)、家族へのアンケート等を行って、利用者の意向把握に取り組んでいる。それらを基に必要に応じて食事検討委員会、行事委員会等で検討し、事業計画等の施策に反映している。

福祉業界、地域の情報を集め、重心施設として求められるサービスの提供に努めている

地域の福祉ニーズの把握は、外来リハビリ利用者へのアンケート、ショートステイの問い合わせ、地域ネットワーク、ケースワーカー勉強会の調査等によって行われている。また、加盟団体、インターネット、政治・社会・法改正等のニュース等から、福祉事業全体の情報を収集している。これ等を法人全体として整理・分析し、今後のあり方への参考としている。例えば、ショートステイ希望の増加に合わせて、個室・職員体制などを予算化して整え、地域のニーズに応えると共に事業の収支改善に貢献している。

カテゴリー4

4 計画の策定と着実な実行

サブカテゴリー1(4-1)

実践的な課題・計画策定に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の
標準項目実施状況

8/11

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(○○●)

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(○○○○)

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(○○●●)

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

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

園の諸計画は、現場の実態、想定されるリスク等を踏まえ、手順に従って策定されている
 年度事業計画の冒頭に、事業環境の現状が中長期の課題として示されているが、園独自の理念・基本方針が明示されておらず、その実現のための中長期計画も策定されていない。年度計画、短期の活動計画は、法人の計画策定の基本方針、それを受けた園の重点計画を基に、各部門で現場の実態、前年度計画の実施状況の反省等を反映して策定されている。策定にあたっては、利用者への影響は勿論、特に職員のストレス等のリスクにも配慮し、ストレス調査、仮眠室の改装、休暇取得の推進等を併せて計画的に進めている。

計画の着実な実行につながるよう、推進体制、目標設定について更なる工夫が望まれる
 計画推進は、各種委員会と職員の目標管理シートによって進められている。しかし、事業計画の推進は各現場で行うことが基本である。委員会は横断的・専門的組織であり、目標管理シートは職員個人用のツールであるため、取り組むテーマが偏る可能性があり、有効な推進体制とはなり難い。感染症対策などは、インターネットを使って先進事例を参考にして取り組んでいる。各部門の計画は、目標を測る指標が決めにくいテーマもあるが進捗管理が出来る内容で、具体的な目標を設定するよう計画策定時から取り組むことが望まれる。

利用者の安全については、さらにヒヤリハットの活用等による事故防止策々定が望まれる
 利用者の安全確保のため、病院、消防署、保健所等関係機関との連絡、訓練、発生時対応等連携して対応している。園内では、利用者の車いす等の点検を含む年3回の大掃除、感染症委員会、医療勉強会等を実施している。緊急時・事故発生時の利用者へのサービス提供継続のため、業務の20%削減体制、必要最低職員数等を定め、近在の職員や法人からの動員体制も決めている。避難訓練等重大事故時対策の職員への周知徹底と年間160件以上の事故・ヒヤリハット報告の要因別等の統計的分析による、実態に則した再発・類似事故防止策の策定が望まれる。

カテゴリ-5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ-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		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/8
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(○○○)
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
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	
<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. 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<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
サブカテゴリ-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		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/7
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(○○●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

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

カテゴリー5の講評

事業の実情に合わせて必要な人材を採用し、人事考課、研修等によって育成している

法人の人事考課制度の中で、求める人材の基本的資質とその人材をどのように指導・育成し、評価して行くかを示している。園では、利用者の医療的支援課題の増加に対応して医療系人材のウエイトを高める方向で採用・配置を行っている。その上で、人事考課制度、目標シート提出、園内外の研修等の機会を通じて育成に力を入れている。一人ひとりの育成計画は策定されていないが、本人の希望も聞いた上で1年に1回は外部研修に参加させ、研修後には報告書の提出、伝達研修の実施等によって成果をより深めるようにしている。

職員がチームの一員として組織的に力が発揮できるようさまざまな仕組みを作っている

新任職員教育はプリセプター制により、一定の経験を有する定められた職員を担当に当てて指導している。また、利用者支援を部屋担当制にして各部屋にリーダーを配置し、その部屋の利用者を深く理解した上で職員指導する体制を採っている。さらに、職員全員を何らかの委員会に所属させ、役割意識を持って働くようにする等、組織としての力が発揮できるよう工夫している。主任会議、職員(全員)会議、部屋別ミーティング等では、利用者の支援方法、車いすの仕様、姿勢のとり方等さまざまな気付き、意見等を自由に出し合い、互いに切磋琢磨している。

職員の動機づけの仕組みを活用し、さらに一体感ある職場作りに取り組むことが望まれる

法人の人事考課制度、目標管理シート提出、職員の園の運営に対する意見・要望の聴取、一人ひとりの育成と評価、報酬の連動、上司との面談等職員の育成・やる気向上に対する仕組みはできている。十分な運用によって実効が期待できる。また職員のストレス調査による精神面の管理、有給休暇の取得推進等を行って、働く意欲を高める努力もしている。今後、園の運営理念・基本方針の明示と周知、トップと経営層・経営層と職員・職員間・職種間等のコミュニケーションの深化を図って、一体感・やりがいを持って働ける職場づくりを進めて行くことが望まれる。

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	4/7
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(○●●)		
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
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(○○○●)		
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>保有している情報は重要性・機密性に応じて開示制限を設けている 園が保有する情報は、その重要性・機密性に配慮し、経営会議記録、職員の人事・個人情報、利用者との契約書・記録等の個人情報については、パスワードや保管場所によって開示制限をし、その他は開示情報と考えられている。経営会議記録、職員人事・個人情報は事務主任が施錠管理し、利用者の個人記録は場所を特定して管理している。また、病棟内の利用者個人記録は学生実習には開示しないこととして情報の漏れを防いでいる。</p> <p>情報収集・整理・保管・活用が適切に行われるよう職員の共通認識に供する仕組みに期待 収集すべき情報や取り扱いに関する明確な取り決めはなく、情報窓口となる事務責任者によって、情報選択、配付先、保存の必要性等がその都度決められ、整理・保管方法は各部署に委ねられている。園保管の開示対象情報は、カテゴリ別・年度別分類であるが保管場所は周知していない。園として職員への開示情報は本館廊下に陳列する方法を採っている。現状、大きな支障は生じていないと見られるが、情報の適切かつ有効活用のために管理方法のルール化が望まれる。</p> <p>園内規則によって個人情報保護の取り組みがスタート。職員等関係者への周知徹底に期待 利用者の個人情報については「個人情報に関する園内規則」によって、利用目的や開示請求を規定している。利用目的は、利用者に対する医療・福祉サービスの提供に必要な場合、その他に分けて具体的に列記し、玄関ロビーにも大きく掲示し来訪者に周知を図っている。また、新たに利用の必要性が生じた場合には改めて文書を伴った説明により、書面で同意を得る形ができています。職員、ボランティア、実習生への周知徹底の取り組みはこれからとなる。個人情報保護は社会的にも重要課題であり、関係者への周知徹底と共に職員には悉皆研修が期待される。</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 2/4
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		評点(○○●●)
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	○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	○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	○非該当
サブカテゴリ-1の講評		
<p>主としてHPによって情報提供をしている。内容の充実が期待される</p> <p>将来の利用希望者をも想定した広範な情報の受け手への情報発信を想定し、一般への情報開示としても期待されている項目である。現状、園としてはHPが主な情報提供の媒体である。法人の広報誌は年4回支援者や支援団体などに幅広く考え方や取り組みを情報提供しているが、本園について確実な掲載が期待できないため園の広報媒体と認められない。今後のよりよい情報提供として例えば、HPの定期見直しにより、施設内のトピックスや利用者の生活・活動など、新鮮な情報を提供することなどが考えられる。</p> <p>利用者の相談先となる関係機関への情報提供が望まれる</p> <p>自治体の窓口や関係機関への情報提供媒体として自治体が作成している「療育ガイドブック」もひとつであるが、内容は、対象・所在地等概要の域を出ていないため、利用者等からの相談窓口への情報提供としては十分とは言えない。本園を利用する可能性のある人々の情報入手ルート・実態を考慮し、関係する児童相談所(10機関程度)、2つの関係自治体窓口に対して、事業所の取り組みを含めた現状についての情報提供が求められている。HPの充実によって対応する事業所も出てきている。</p> <p>問い合わせは個別状況に応じて実施し、利用者のプライバシーへの配慮も行っている</p> <p>利用者家族等からの問い合わせには、担当者(ケースワーカー)が、決められた相談カードに添って必要事項を尋ね、個別状況に応じて情報提供するなどの相談にも応じている。見学は保護者・特別支援学校生・一般学生、行政・他施設等の関係者が多いが平均月1件程度である。見学者の層や目的によって、事務・病棟師長・ケースワーカー等と担当を変えて対応し、事前の説明は本館で、見学は短時間で、大勢の場合は居室を避けて共有スペース等で、利用者のプライバシーや緊張などに配慮して実施することとしている。</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 6/7
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(○○○)
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等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、利用者等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している		評点 (○○●)
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を軽減するよう配慮している	<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している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、利用者等の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2の講評		
<p>サービス開始に際しては主として家族に対して必要事項の説明をし同意を得ている</p> <p>利用者の入れ替わりが少なく、入所は数年で1人という状況である。入所時の窓口はケースワーカー(CW)が担当し、必要事項の説明や確認後、病棟師長・支援主任へと引き継がれ、それぞれが役割を分担し、留意事項や生活・面会上のルールなどを、重要事項説明書や生活場面を通して具体的に説明していく。利用者の特性から説明は家族に対して行われ、この時点での家族の意向や利用者の様子については、相談記録、療育日誌など、各部署の書式に記録することになる。</p> <p>お気に入りの品の持ち込み、抱っこなど一番安定する習慣を引き継ぎつつ支援が始まる</p> <p>入所時には、家族に様式「日常生活について教えてください」を渡し、家族構成やADL状況等、利用者の現況を記入してもらい、担当看護師が補足事項を家族や可能な限り利用者からも収集し、アセスメント情報としてまとめ、暫定的な個別支援計画を作成して関係部署で共有する。また、入所前の家庭・病院・施設などでの生活を踏まえて、お気に入りのおもちゃ、毛布、タオル、CDなどを持ち込んでもらったり、抱っこや頭を冷やすなど利用者が一番安定する習慣を受け継いで環境の変化による不安や緊張を軽減するように支援することとしている。</p> <p>サービス終了に伴う利用者・家族へのサポート体制の充実・整備が期待される</p> <p>本園では通常、新人・ベテランを組み合わせた夜勤配置としており、急な発熱などにも即応可能である。新規受け入れ時には申し送りが詳細に行うこととして急な変化に配慮している。サービス終了時の対応としては、現状、看護・支援サマリー提供の他、支援体制は定めていない。入院や他施設への移行、家庭復帰などサービス終了に伴う利用者・家族の不安軽減や引き続きの適切な支援のために、利用者・家族への心理的サポート、関係する機関同士の連携、退所後の支援体制などについて考え方をまとめておかれるよう期待したい。</p>		
サブカテゴリ-3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 7/11
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 (○○●)
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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療育・支援計画を作成している

評点(0000)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画は、利用者等の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 計画を利用者等にわかりやすく説明し、同意を得ている	○非該当
●あり ○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している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○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(00)

評価	標準項目	
○あり ●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	○非該当
○あり ●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	○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(00)

評価	標準項目	
○あり ●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	○非該当
●あり ○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	○非該当

サブカテゴリ3の講評

部署を横断する多角的視点によるアセスメントによるニーズや支援課題の決定が望まれる

所定のアセスメント様式を改訂しつつ用いている。ニーズや支援課題の確定は、担当看護師と支援員がアセスメントしたものを(当該利用者の)部屋リーダーを加えて検討し、ラインである師長が不足を補う等して病棟全体のカンファレンスに諮り決定する流れで、リハ関係者は要請に応じて部屋単位の検討に加わる。サービス対象者の特性を考慮した上で適切なニーズときめ細かな支援課題を決定するには、看護・生活・リハ・栄養・医療など多角的なアセスメントが必要である。利用者の意向把握についても支援の専門機関として積極的な取り組みを期待したい。

支援記録は、病棟、リハビリ、活動、相談などに分散。適切な記録として改善が望まれる

医療、生活支援などの記録は病棟カルテに、業務関係は療育日誌に、リハビリや相談(ケースワーク)などの記録は各担当職員が、活動検討委員会記録には活動参加状況などと利用者ひとりに関する支援の記録は分散している。記録委員会では、記録モデルやカルテの綴じ方を示して標準化を図っているので、更に、関係職員が必要ときに必要な事項を確認できる記録、計画の実践過程が把握できる記録を目指して、記録様式、記録内容、記録の仕方等について統一基準を設けるなどの取り組みが期待される。

利用者の変化等は、朝礼、日誌、連絡ノート、ベッドサイド掲示等で共有化を図っている

個別支援計画は部屋単位で常備し全員分はステーションで一括保管しているが、関係職員間の共有化徹底の取り組みは弱い。その他の面では、発作表や体温表などによる日々の健康状況の記録、朝礼での引継ぎ、連絡ノートなどによって利用者状況の変化を共有し、また、リハビリ職員や歯科衛生士からのポジショニングや個別的配慮、留意事項など必要事項はベッドサイド等への分かりやすい掲示で共有化が図られている。各種記録や情報が錯綜している現状から、IT化などによる情報の統合化、共有化、効率化の検討が期待される。

サブカテゴリ-5

5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

3/7

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(○●●)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部和やりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得ようとしている	○非該当
○あり ●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	○非該当
○あり ●なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○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(○○●●)

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

サブカテゴリ-5の講評

日常支援における利用者のプライバシー保護についてのルールづくりが望まれる

利用者個人に関する情報の利用目的を明文化して利用契約時に説明し同意書を取る事にしている。HPや園だより上の個人情報、園内掲示物については、改めて同意書を得ることとしており、徹底が望まれる。日常支援におけるプライバシー保護については、園として決まりはなく職員の良識に委ねている。同性介護を基本に排泄介助時のカーテン使用は、ほぼ徹底しているものの、入浴や更衣等、日常支援の様々な場面について、尊厳の尊重という視点で点検し、対応をルール化しておく必要性を感じる。

重症心身障害児・者福祉サービスの専門機関として、利用者の意向把握策の追求を期待

重度知的障害をもつ利用者の意向把握は難しいと言われ、最重度の障害もある本施設対象者は更に難しいと想像する。しかしそのような利用者支援の専門機関であるからこそ、社会福祉サービスの基本理念の具現化追求が期待される。サービス場面では利用者の表情等により意思確認をする職員もあり、経営層もその重要性を述べているが実践は属人的であり、徹底を図る取り組みは見られない。一人の利用者に様々な場面で関わる職員の観察や発見を集約する体制がなく、意向について検討している記録も確認できない。今後の取り組みを期待したい。

不適切行為や虐待防止の仕組みが明確になり、具体的に取り組み始めた

尊厳を損ねる不適切行動防止は、毎月の職員会議で人権・虐待・プライバシーを取り上げて意識化することし講師による研修も行われた。また毎年自己評価する法人「福祉サービス共通評価基準」を本園版に改訂し、より実効あるものとした。虐待防止は、未然防止、発見時や発生後の取り組み等がマニュアルで明確化された。概念の明示と共に勉強会等で職員の理解を深めサービス点検につなげる等、今後の取り組みに期待。更に、「その人らしい支援」に向けて職員の気づきを集める取り組みが始められる等、利用者の人権尊重の取り組みが動き出している。

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	9/12
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(○○○●)	
評価	標準項目		
●あり ○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	○非該当	
○あり ●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	○非該当	
●あり ○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	○非該当	
●あり ○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	○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(○○●)	
評価	標準項目		
○あり ●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	○非該当	
●あり ○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	○非該当	
●あり ○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	○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(○○○○●)	
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

業務標準化に向けて病棟内ポップ掲示を中心に委員会等によりマニュアル類を整えている

業務標準化の手だてとして、業務内容や食事・入浴・排泄介護や利用者個別支援等のマニュアル、利用者個別留意事項(ポップ)、その他、必要なものをその都度各委員会が策定する等している。今年度は内容の濃い虐待防止マニュアルが整備された。また掲示式のものにはポップ表示等、分かりやすいものもあるが、読み手の理解、使い勝手への配慮が欲しいものも多い。掲示によるものは整理・統合が必要。法人の「福祉サービス共通基準」を本園版として改訂しており、これによる毎年の職員自己評価によって基本事項の点検を実施していくことになる。

基本事項等の見直し時期、手順は未定だが、各委員会では職員の意見を反映して改訂

サービス向上には、利用者のニーズや社会的状況、職員状況等、サービス環境を含めた条件を基に標準化を図る取り組みがあり、さらに、標準化したものを見直す取り組みが欠かせない。納得性があり職員理解が得られる見直しに関する基準設定を期待したい。園としての見直し基準は定めていないものの、委員会策定のものについては、職員で構成する各委員会委員の意見を反映して見直している。また、リハビリ分野では事例を集約して検証し、実践の改善に役立てており、今後、こうした姿勢が組織全体の風潮となることが期待される。

基本事項周知や技術水準維持の仕組みは整っている。利用者の安全への取り組みが課題

サービスの基本事項等の職員全体の共有化の方法として病棟全員による職員会議(毎週。必要により他部署も参加)、ケース会議(月3回。支援関係職員)等の他、朝の集会、引き継ぎ等を多部署・多様な勤務体系を考慮して実施している。知識・技術水準維持には、外部研修や内部勉強会の実施、新人職員を対象とするプリセプター制等がある。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する取り組みには、現行のAED・救急救命等の研修や災害時の避難誘導訓練を悉皆研修とする事、また事故・ヒヤリハットの総合分析と対策の構築等が重要。

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	
		20 / 25	
1 評価項目1 個別の療育・支援計画に基づいてさまざまな取り組みを行っている			
評点(○○●)			
評価	標準項目		
○あり ●なし	1. 個別の療育・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. 機能訓練を担当する専門職員からの情報に基づき、他の職員と協力して訓練等を提供し、生活に活かすようにしている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>個別支援計画の共有化と実施状況確認の仕組みづくりが課題である</p> <p>利用者は重度・最重度の肢体不自由と知的障害を有し、車いす使用98%、気管切開5人、注入経管4人、胃ろう4人、人工呼吸器使用1人等で、介護と医療ケア、健康管理、各種リハビリ訓練等、障害特性に応じてサービス提供している。個別支援計画は、主として家族の意向、前年度経過を基にした総合支援方針(達成目標、具体策、評価を内容とする)があり、「看護」や「支援」それぞれの「長期目標」(てんかん等の医療、拘縮予防の理学療法など)として支援内容を示している。支援計画の共有化を図り、実施状況を確認する仕組みは未整備である。</p> <p>コミュニケーションは病棟職員とリハビリ担当職員(ST)の連携で工夫をしている</p> <p>コミュニケーションの特性については、言語療法士が専門の見地から「視聴覚、発声・音声、言葉の機能、意思表示の様子、記憶等について」アセスメントしている。病棟では、主として部屋別のケース会議で日常生活の中から推し量れる感情や意思の表示、関心や要望、職員の言葉かけへの反応や理解の状況などを具体的に記述して、一人ひとりへの関わりの個別化の工夫を検討している。更衣、入浴、排泄、食事など介助の際の声かけを頻繁におこなうなどもコミュニケーションの工夫として試みている。</p> <p>PT、OT、ST、臨床心理のリハビリ職との連携支援が行われている</p> <p>リハビリ関係の支援はPT、OT、ST、臨床心理の職員が別個のリハビリテーション・アセスメント(姿勢、運動、知能、コミュニケーション、摂食、全体像、PT・OT・ST評価、装具、前回比較など)を行い、支援計画を策定している。病棟職員との連絡・連携はリハビリテーション・ミーティングや勉強会のほか、全体やグループでの活動でも協働し、また、共通理解の促進のためにPTを原則部屋別担当制にし、変形進行防止を目的とした部屋別ポジショニングと全体活動においてのポジショニングを実施し、ベッドサイドポップでの伝達も行っている。</p>			
2 評価項目2 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(○○○●)			
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. 食事は利用者の状況に合わせ、提供している		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の状態にあった用具等を用意して介助を行っている		○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

評価項目2の講評

利用者の意向をくみ取りながら、意向を反映した食事の提供を模索している

園では、食事を楽しく、誤嚥などを予防しながら安全に提供することに視点を置いて、サービス提供している。食事に関する利用者の意向把握については、2年に1度、利用者の各居室担当職員が文字盤などを用いて、利用者の反応を観察しながらその意向を把握し、結果を食事検討委員会での献立計画に活用するように努めている。今年度から、やわらか食、ソフト食の導入の検討や、昼食の選択食の試行を始めているので、その具体的実践と、バラエティーに富んだメニューへの更なる充実が期待される。

利用者の状態に合わせた食事提供ができるように努めている

食事提供に際して、食事姿勢、嚥下、水分摂取に課題のある利用者場合は個別支援計画化し、日々の状況は連絡ノートなどによって共有して、利用者の状況に合ったケアが実践できるようにしている。現状、一部介助は9人、自分でなんとか食べられる人は11人、他は全介助である。食事形態については、医師、言語聴覚士、栄養士などの見解も踏まえ、きざみ食、みじん食、ミキサー食、ペースト食などを提供している。常食の摂取が可能な利用者は2人である。食器用具についても、利用者の状態に合ったものが用いられている。

利用者が楽しく食事ができる雰囲気づくりに、より一層の工夫を期待したい

食事時間が楽しいひとときとなるよう、食事前に献立の発表やピアノの演奏にあわせて食事の挨拶を行うなど工夫している。レクリエーション大会やクリスマス会、2か月1回の誕生会には行事食を提供しているほか、今年度は昼食時に選択食を試行して利用者の摂食状況を把握するなど、変化のある献立、楽しい雰囲気づくりに努めている。しかし、日頃の食事提供場面は、利用者とのコミュニケーションや食事場所の変化への工夫の弱さ、立位介助の通常化が見られ、楽しい食事の提供としては改善の余地があると評価する。

3 評価項目3

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(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 入浴の支援は、利用者一人ひとりの健康状況や身体機能に合わせて行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 排泄の支援は、利用者一人ひとりの健康状況や身体機能に合わせて行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 整容、移動の支援は、利用者一人ひとりの健康状況や身体機能に合わせて行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 支援は、利用者一人ひとりの主体性を尊重して行っている	○非該当

評価項目3の講評

清潔と爽快感を目標に利用者の状態に合わせた入浴介助が行われている

入浴支援の目標を「身体を清潔に保ち爽快感が得られるように」とし、ストレッチャータイプ機械浴、ひとり一般浴槽を利用者の心身の状態に合わせて使い分けて、週2回入浴としている。入浴・排泄等のニーズ、支援課題は、看護・支援員のアセスメントによって抽出し、実際の介助は、日常生活面で常態化されている介助を取りあげた個別支援マニュアルを基に行われている。

濡れた状態で待たせない支援を目標に利用者の状態に合わせた排泄介助が行われている

排泄面の支援は「濡れた状態で待たせない支援」を目標としている。利用者の身体状態に合わせてトイレでの排泄ができるように体幹の固定が可能な便器を設置し、体幹保持の方法などはPTの見解も支援に生かしている。また、一人ひとりの健康状態や身体機能に合わせて紙おむつの種類の選択、当て方の工夫をしている。整容面では1～2か月毎の散髪、週1回の爪切り、毎日の整髪と利用者の状態を見て実施している。また、3か月に1度はリハビリ職員による車いす適合性等の点検を行っている。車いすの2台同時介助は安全面から留意点等の徹底が必要。

利用者の自発性を尊重し、支援に生かしている

雑誌の個人購入、トイレへの自発的な移動、自発的な食事摂取や排便等のほか、手伝いたいと思う利用者にはコップやエプロンの片付け、新聞の受取りなど利用者が興味・関心のある取り組みや自発的な行動は生かし、例えば、労をねぎらうなどの動機付けにより、行動の継続を促している。今後は、自立の可能性がある行動や利用者の自発的な行動を支え促進する視点を個別支援計画の視点に含め、きめ細かなアセスメントに基づく支援の拡大・充実を期待したい。

4 評価項目4 利用者の健康を維持するため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. 利用者の状態に応じた健康管理を行い、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	2. 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	3. 日常的に利用者の口腔ケアを行っている	○非該当
評価項目4の講評		
<p>利用者のニーズに応じられるよう、緊急時対応の体制を整備している</p> <p>てんかん性発作、人工呼吸器使用、気管切開、注入経管、胃ろう等、医療的ケアを要する利用者も少なくない。利用者の健康管理は、毎日、常勤医・嘱託医が全利用者を巡回し、健康状態の把握や診察などを行っているほか、朝と昼には体温・脈拍を測定し、1か月ごとに体重・血圧測定し、必要に応じて医師の診察を仰いでいる。緊急時には常勤医師(園長)や近隣の指定医療機関の協力を得ることができる。また、AEDや救急救命訓練、医療知識についての勉強会なども実施して、体調変化に速やかに対応できる体制を整えている。</p> <p>誤薬を防ぐ服薬管理体制は整備されている</p> <p>全利用者が常用薬を服用している。薬箱への配薬や、食事前の配薬、服薬介助などは看護師や支援員によるダブルチェックとし、服薬後の薬包についても管理・確認方法を決め、廃棄場所も指定して誤薬防止に努めている。一連の服薬管理・支援は、現場で安全対策委員が確認することにし、誤りがない服薬支援となるようにしている。安全対策委員会での事故・ヒヤリハットの要因分析・検討を確実に実施することにより、一層、充実した誤薬防止の仕組みとなる。</p> <p>歯科医師、歯科衛生士、看護師、支援員が連携して歯科疾患の予防に取り組んでいる</p> <p>口腔ケアの面では、歯科医師や歯科衛生士と連携して歯科疾患の早期発見と予防に努めている。歯科医師による診療は、3か月～1年の定期健康診断に基づいて行われ、これと並行して歯科衛生士が食生活や普段の口腔衛生状態、ブラッシング方法等について担当職員や家族から情報を得、利用者の口腔内の状態も見て、介助面等で指示をしている。これに基づいて、利用者の状態に合わせた方法で、毎日、1日3回の歯磨きや1日1回、歯肉増殖予防のための歯肉ブラッシングが行われている。</p>		
5 評価項目5 利用者の意思を尊重し、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(〇〇〇●●)
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 日常生活の過ごし方は、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. 居室や共用スペース等は利用者の状況に応じて快適で落ち着ける環境・空間にしている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の状況や希望に沿って、楽しめる活動に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や医療面などに配慮したうえで、原則として自由である	○非該当
●あり ○なし	5. 日常生活においては、安全性や清潔面に配慮している	○非該当

評価項目5の講評

全体活動、グループ活動(ドライブ)、個別活動が動き出したところである

事業計画の基本方針に「個々の知能・運動能力に応じた生きがいのある生活がおくれるよう」と掲げている。見たところ、多くは四方を囲まれたベッドでの臥床や車いす上で、また、部屋の一部に畳を敷いた「居場所」でテレビを見たり、音楽を聞いたりして過ごしている。全体活動、グループ活動(ドライブ)、個別活動は始動した状況である。利用者の中には、配膳の手伝いや新聞取り、雑誌の個人購読、コップやエプロンの片づけなどを行っている例もある。職員は身辺介助の際に歌を唄う、話しかけるなど温もりの雰囲気醸成を怠っていない。

活動検討委員会、リハビリ・ミーティングでの一層のプログラム豊富化検討が期待される

日中活動の多様化は活動検討委員会やリハビリ・ミーティングで検討、実施しているが、利用者の希望把握や障害特性、職員体制などの制約から現在は試行段階と言える。個別外出(近隣散歩)、部屋別外出、プール活動、全体活動(元気会・いきいきクラブ)であり、いきいきクラブではシャボン玉、手遊び、車いすダンスやフォークダンスなど身体活動のポジショニングも取り入れている。部屋別外出は、ホテルやレストランへの日帰りレクリエーションで、家族の同行や現地での合流も行い、平素と異なる落ち着いた楽しむ様子が記録されている。

快適で落ち着ける「生活」環境としては、改善の余地がある

利用者の「部屋」、ベッド廻りは、装飾品などで「生活の場」づくりに努めているが、なお「病室」の雰囲気が否めない。また、畳敷き部分や廊下を這って直に移動する利用者の生活環境としては不衛生の感があり改善の余地がある。共用箇所を含めて病棟全体に見られる多様な掲示物は快適な居住場所への配慮として改善を求めたい。利用者の安全については、事故防止苦情解決委員会や療育科安全対策委員会によって対策が練られ、また、補修などは家政担当職員が点検し病棟清掃は業者委託として安全や清潔確保に取り組んでいるが更なる充実が期待される。

6 評価項目6

施設と家族等との交流・連携を図っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の日常の様子や施設の現況を家族等へ知らせている	○非該当
●あり ○なし	2. 家族との外出・外泊・面会時間は可能な限り家族の希望に応じている	○非該当
●あり ○なし	3. 家族等からの相談に対応する体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	4. 家族会等の自主的な運営を支援している	○非該当

評価項目6の講評

部屋、支援主任・副主任、施設、それぞれの立場から利用者や園の現況等を通知している

日常生活の様子は、利用者個別の様子を載せている各部屋からの「部屋だより」(隔月)や支援の主任・副主任による「どんぐり通信」のほか、施設からの連絡事項を家族等に郵送している。そのほか、個別支援状況報告書、定期健康診断の結果報告もある。家族との連絡や相談・問い合わせはケースワーカーが担当しているが、病棟の職員や事務主任なども課題によって手分けして支援する。病棟では「家族連絡マニュアル」を作成して、対応の標準化を図り、家族からの相談や要望・苦情受付等の対応を行っている。

面会、外泊は年々減少傾向にあるため、家庭訪問実施を検討している

年々面会は減少傾向にあるが、家族によっては面会に合わせて洗濯場ボランティアをしている人もある。家族の高齢化による帰宅困難ケースが増えていることから(21年度帰宅実人員8人)、園で利用者と過ごせるよう家族棟や宿泊室を整備して利用を呼びかけているが、年間で2、3家族の利用に留まっている。部屋ごとの外出活動の同行や目的地での合流でも当日になっての取り消しが目立ってきているという。来園や連絡が困難となった家族には、家庭訪問の実施を検討している。ニーズの把握と対応の充実につなげられることが期待される。

ケースワーカーが家族会を担当し、自主的な運営・活動を支援している

自主組織の家族会は、施設行事への参加・協力、洗濯場ボランティアや県福祉協会、重症児を守る会県支部活動への参加などを行っている。年度総会に面会を兼ねた出席を呼び掛けるなど、参加を促す努力をしている。支援費制度移行時には、契約の諸手続き(成年後見制度活用も)について、守る会県支部と緊密に連携して、行政情報の広報や個別の相談・支援を独自に行った。家族会に対しては、ケースワーカーが担当となって、会合への出席、事務的な相談や手続きの補助などにより自主的な運営・活動を支援している。

7 評価項目7

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(〇●)

評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 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	2. 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

評価項目7の講評

利用者が活用可能な地域情報を計画的・組織的に収集し活用を支援する体制整備

この評価項目では、利用者の生活が地域住民のひとりとして楽しく快適なものとなるよう地域住民の理解を得ながら体験の場を拡げられるよう、活動の適地や施設、各種の活動団体などに関する情報を収集し、利用するための計画的・組織的な取り組みを指している。園での現状は、職員の気づきにより「散歩の途中の休憩に相応しい場所」や「利用できる地域の施設」について情報を得たり、個別散歩や部屋の外出、屋外で行うグループ活動の際に行う現地調査の域にとどまっている。

利用者が体験する地域資源の利用は限定的であり、今後の組織的取り組みが期待される

利用者が地域に出かけて住民とふれ合う機会や体験は、散歩や外出、ドライブなどの活動、家族同伴で行うレストランでの食事や買い物、洋服を自分で選ぶ、初詣、花火見物、他施設で行う納涼祭への参加などがあり、できる限り多様な体験ができるよう支援に努めている。また、「福祉祭り」など法人行事への参加者、高校生の定期的な演劇の上演や吹奏楽の演奏会、洗濯場ボランティアなど、21年度は延499名のボランティアが来園しており、これらボランティアとの触れ合い場面を増やすことも考えられる。

