



福祉サービス第三者評価受審結果概要（ルミエール）

（報告書受領日）2012年3月20日

評価対象事業	障害者支援施設ルミエール（生活介護事業）
評価実施時期	2011年11月19日（契約）／2011年11月19日～2012年2月26日
評価機関	株式会社ハッピーネットワーク（東京都渋谷区道玄坂2-18-11-221）

【利用者調査】

調査対象	<ul style="list-style-type: none"> ・調査時点の利用者は60人（男40人、女20人／平均年齢47.9歳／平均障害程度区分5.88）。 ・聴き取り可能な該当者が皆無に近いことから、家族アンケートに切り替えて実施。 ・有効回答は17（28.3％／施設側が選んだ家族に調査票配布、回答は調査機関に直接郵送）。
コメント	<p>（総合的な感想）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「大変満足」1（5.9％） ・「満足」11（64.7％） ・「どちらとも言えない」5（29.4％） <p>（自由意見）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「とてもきめ細かいサポートで感謝しています」 ・「職員は頑張ってくれている」 ・「大変感謝しております」 ・「視覚障害の施設なので、音や光について配慮が欲しい」 ・「本人が楽しく満足できるような行動を強く望む」 ・「できるだけ身体を動かして欲しい」 ・「この調査は大変嬉しく思っています。開設から20年近く経つのにこんな初歩的なことができているのが不思議です」 ・「この第三者評価が職員の利用者に対する職業意識の回帰に寄与すれば有意義である」 <p>（調査員コメント～施設において終日場面観察を実施して）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・転倒防止などの安全確保、食事・排泄・入浴などの生活介護に多くの時間がかかることで、職員の負担が非常に大きいことが実感された。

（調査結果）

○：はい／△：どちらともいえない／NA：

無回答

設問（利用者コメント）	○	△	×	NA
1. 利用者は困ったときに支援を受けているか （コメント） ・「本人が困ることを助けて欲しい」	11	5	0	1
2. 事業所の設備は安心して使えるか	8	6	0	3
3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか （コメント） ・「本人の表情を見ていると半々です」	5	7	1	4
18. 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	8	1	0	8
19. 利用者の気持ちは尊重されているか （コメント） ・「職員は大事にしてくれているが、本人の気持ちどおりにはならない」	10	3	0	4



20. 職員の対応は丁寧か (コメント) ・「本人の好みをよく見て、伝えてくれます」	11	2	0	4
21. 個別の目標や計画は作成前に利用者の状況や要望を聞かれているか (コメント) ・「親の心配事をよく聞いてくれます」「家族と話し合いをします」	9	2	1	5
(個別目標や計画について説明を受けた方に)	11	0	0	1
22. 個別の目標や計画に関しての説明はわかりやすかったか (コメント) ・「毎年年度始めに詳しい説明があります」	1	0	0	1
(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)	1	0	0	1
23. サービス内容や利用方法の説明は分かりやすかったか				
24. 不満や要望を施設に言いやすいか	6	4	1	6
25. 利用者の不満や要望はきちんと対応されているか	9	3	0	5
26. 第三者委員など外部の苦情窓口も相談できることを知っているか (コメント) ・「第三者委員に相談はできるが解決にはならない」	9	1	2	5

【生活介護サービスに関して】

4. 施設での活動は楽しいか	7	5	1	4
----------------	---	---	---	---

【施設入所支援サービスに関して】

14. 食事の時間は楽しみになっているか	13	2	0	2
15. 休日や夜間に好きなことができるか	4	7	2	4
16. 利用者の個別の要望や状況に応じた支援を受けているか (コメント) ・「職員はリスクを恐れている」	9	4	1	3
17. 家族に連絡をする場合、方法や内容等について、あらかじめ利用者の希望を聞いているか (コメント) ・「聞いてはくれるが希望通りにいかない時がある」 ・「本人は何も言えませんが、先生方が汲み取ってくださいます」	10	2	0	5

【組織マネジメントに関して】

※「評価結果」欄の○または●は、各評価項目の小区分(省略)の数に対応し、○=適、●=不適として表示されているもの。(○の数と評価のレベルは特に関係しない)

I. 組織マネジメント

カテゴリー	評価項目	評価結果
1	①事業所が目指していること(理念・基本方針)を明確化、周知しているか。	○○○○
	②経営層(運営管理者を含む)は自らの役割と責任を職員に対して説明し、事業所をリードしているか。	○○
	③重要な案件について、経営層(運営管理者を含む)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か。	○○○
講評	・施設長は「盲重複障害者支援は法人事業の核心である」を職員に伝え、現場第一主義、人権擁護、プライバシーの保護を強調している。 ・意思決定とその伝達は経営企画会議・運営会議・スタッフ会議、また家族会において行なわれているが、職員アンケートでは「事業を広げ過ぎ、基盤事業(である盲	



	重複障害者支援事業)の足元が揺らいでいる」、「経営層は自らの役割と責任に基づく行動ができていない」との声も聴かれ、現場との乖離(かいり)状態も感じられる。	
2	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か。	〇〇
	②第三者による評価の結果公表、情報開示により、地域社会に対し、透明性の高い組織になろうとしているか。	〇〇
2-2	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か。	〇〇
	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か。	〇〇〇
	③地域の関係機関と連携を図っているか。	〇〇
講評	<ul style="list-style-type: none"> ・コンプライアンスについては、職員倫理綱領を制定し、職員に浸透しつつある。 ・小中学校の福祉学習への講師派遣、小中学生の受け入れ、またボランティアの受け入れにはリーフレットを作成し活用している。 ・地元自治会との防災協定が締結されていない。 	
3	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か。(苦情解決制度を含む)	〇〇
	②利用者意向の集約・分析とサービス向上の活用に取り組んでいるか。	〇〇〇
	③地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析しているか。	〇〇〇
講評	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の仕組みは第三者委員によるほか、毎月開催している家族会で聴取し家族の意向は反映されている。 ・地域の福祉ニーズの収集は、自立支援協議会や社協との連携によって行なわれているが、福祉動向に関する情報は経営・リーダー層にとどまり、一般職員にまで浸透していない。 	
4	①取り組み期間に応じた課題・計画を策定しているか。	〇〇〇
	②多角的な視点から課題を把握し、計画を策定しているか。	〇〇〇〇
	③着実な計画の実行に取り組んでいるか。	〇〇〇〇
4-2	①利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいるか。	〇〇〇〇
講評	<ul style="list-style-type: none"> ・法人としての中長期経営計画が策定されている。 ・利用者の安全対策に関して、「感染症」「安全衛生」「防災」「BCP」の各委員会を設置し、分析によって予防と再発防止に取り組んでいる。しかしルミエールでは転倒事故が多発しており、事故を防ぎきれていない。 	
5	①事業所にとって必要な人材構成をしているか。	〇〇〇
	②職員の質の向上に取り組んでいるか。	〇〇〇〇〇
5-2	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か。	〇〇〇
	②職員のやる気向上に取り組んでいるか。	〇〇〇〇
講評	<ul style="list-style-type: none"> ・期待する人材像、人事評価など人事制度は明文化されている。 ・職員の能力向上には「役割向上シート」によって個別の育成計画を策定している。しかし職員アンケートでは、人材確保と育成の点で評価は低い。経験3~5年クラスの研修が必要である。ルミエール独自に「褒めポスト」を設け、投函された内容を公開している。 ・人材と組織力の発揮のために、育成・評価・報酬が連動する人材マネジメントが導入され、階層別の研修を行なっている。「やる気の向上」について職員の評価は低いが、役割等級制度や職場改善委員会を活用して、モラルやモチベーションの向上に 	



	取り組んでいる。	
7-1	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か。	〇〇〇
	②個人情報「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有しているか。	〇〇〇〇
講評	<ul style="list-style-type: none"> ・経営に関する情報は、適切に保護・共有化されている。 ・個人情報は個人情報保護法の趣旨を踏まえ、保護・共有化されている。 	
8	前年度と比べて以下のカテゴリで評価される部分について改善を行ない、成果が上がっているか。 <ul style="list-style-type: none"> ・リーダーシップと意思決定 ・経営における社会的責任 ・計画の策定と着実な実行 	改善に向けた計画的な取り組みが行なわれており、成果として現れている
8-2	前年度と比べて以下のカテゴリで評価される部分について改善を行ない、成果が上がっているか。 <ul style="list-style-type: none"> ・職員と組織の能力向上 	改善に向けた計画的な取り組みが行なわれており、成果として現れている
8-3	前年度と比べて以下のカテゴリで評価される部分について改善を行ない、成果が上がっているか。 <ul style="list-style-type: none"> ・情報の保護・共有 	改善に向けた計画的な取り組みが行なわれているが、成果として現れていない
8-4	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取り組みにより成果が上がっているか。	改善に向けた計画的な取り組みが行なわれているが、成果として現れていない
8-5	前年度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ついて改善傾向を示しているか。 <ul style="list-style-type: none"> ・利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用 	改善に向けた計画的な取り組みが行なわれているが、成果として現れていない

【サービス分析】

Ⅱ. サービス提供のプロセス項目

カテゴリー	評価項目	評価結果
1	① 利用希望者に対してサービスの情報を提供しているか。	〇〇〇〇
講評	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の特性に応じてホームページやパンフレットには特別な工夫を凝らしている ・情報公開はオープンで積極的である。 ・利用希望者に対して柔軟に対応し、利用前の見学を前提にしている。また関係機関、法人他事業所との連携を図るなど、利用者の視点を忘れない対応に努めている。 	
2	①サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ているか	〇〇〇
	②サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行なっているか。	〇〇〇〇
講評	<ul style="list-style-type: none"> ・利用契約に当たって、重要事項説明書は利用者主体を念頭に置いて、家族に口頭で説明を行ない、署名・同意を得ている。 ・サービス開始にあたり、利用者の意向を聴くことは現実には困難なので、家族の希望等を聴取し、個別支援計画書に反映させている。 ・契約上入院期間が3か月を超えると契約解除とされているが、家族の不安軽減のために相談機関からの情報提供などを行なっている。 	
3	①定められた手順に従ってアセスメントを行ない、利用者の課題	〇〇〇



	を個別のサービス場面ごとに提示しているか。	
	②利用者等の希望と関係者の意思を取り入れた個別の支援計画を作成しているか。	〇〇〇
	③利用者に関する記録が行なわれ管理体制を確立しているか。	〇〇
	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か。	〇〇
講評	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の障害・生活・行動に関する状態把握（アセスメント）を半年ごとに行ない、個別支援計画に反映させている。 ・個別支援計画の策定に当たっては、家族の意向を聴取し、担当者会議における総合的な支援方針策定に反映させている。 ・策定された利用者支援の長期・短期目標に基づく日常のサービス提供の記録はパソコンに入力され、連絡ノートとともに情報の共有化に活用されている。ただ、長期目標が5年間で策定されているのはやや長過ぎるのように感じる。せめて障害程度区分認定の時期に併せてはどうか。 	
5	①利用者のプライバシー保護を徹底しているか。	〇〇〇
	②サービスの実施に当たり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重しているか。	〇〇〇〇
講評	<ul style="list-style-type: none"> ・職員が自主的に職員倫理綱領を定め、その推進と啓蒙を図っている。 ・法人は「期待する職員像」を掲げ、サービス提供時の利用者の権利擁護について意識を喚起しているが、プライバシーへの配慮や呼称の点で緩みがちであり、繰り返し意識の向上と確認を希望する。 ・めいわ、リホープとの連携や共有化を深めながら、困難事例への対処と利用者保護の実を挙げるよう期待する。 	
6	①手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための支援を行っているか。	〇〇〇
	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か。	〇〇〇
	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か	〇〇〇〇〇
講評	<ul style="list-style-type: none"> ・業務マニュアルは個別事項も書き込まれ、詳細にわたっている。異動職員や新人職員にとっては把握しづらく、標準化や定期的な確認・見直しを願う。 ・日常の支援や業務の見直しに当たっては、職員のほか家族からの意見も取り入れ、マニュアルの改訂に反映させ、職員に周知・啓蒙している。 ・新人職員の育成にチューター制度が導入され、チューター（指導者）による指導は職員間の連携に好影響を与えていることは職員アンケートからもうかがえる。 	

Ⅲ. サービスの実施項目

カテゴリー	評価項目	評価結果
6-4	①個別の支援計画等に基づいて、利用者の望む自立した生活を送れるよう支援を行なっているか。	〇〇〇〇
	(講評) <ul style="list-style-type: none"> ・盲重複障害の障害特性を踏まえた個別支援（食事・排泄・入浴など）を展開している。 ・利用者とのコミュニケーションはスキンシップを多用し、また献立紹介などあらゆる場面で口頭によるわかりやすい説明を実施している。 	
	②利用者が主体性を持って充実した時間を過ごせる場になるよう取り組みを行なっているか。	〇〇〇〇
	(講評) <ul style="list-style-type: none"> ・年間事業計画においては、利用者の意向を踏まえた日帰り旅行の行先の選定を行なっているほか、週2回のリハビリ、また余暇活動では成田空港への外出、マラソン大会参加など、一人ひとりの生活意欲向上につながる機会を提供している。 ・除菌効果のある空気清浄機や加湿器の施設内設置により感染症予防を図っている。 	



<p>朝夕の居室カーテンの開閉や着替えなど、人間としての生活リズムを壊さない配慮をしている。家族からは「音や光への配慮」が要望されており、視覚障害についてまだ学ぶことがありそう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事に关しては栄養ケアマネジメントを実施しており、嚥下困難な利用者にソフト食を提供し、リクエスト献立や選択メニューの実施、また職員の検食により調理委託業者への注文も行なっている。 	
③利用者が健康を維持できるよう支援しているか。	〇〇〇〇〇
<p>(講評)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内科医による週2回の往診、年2回の定期健康診断を実施しているほか、日常の健康管理には看護師と支援員が共同して対応している(バイタルチェックなど)。 ・口腔ケアに関しては、週1回の訪問歯科の受診が可能のほか、2年に1度、歯科検診車による巡回検診も行なわれている。毎食後の口腔ケア(ブラッシング)には支援員があたり、重点箇所を图示して洗面所に掲示している。 ・熱発、嘔吐などの対応はマニュアル化されている。夜間の体調急変時には看護職員のオンコール(自宅での電話対応)体制が整備されている。誤嚥事故に備えて吸引機を設置し使用法の訓練を実施している。服薬管理については、誤薬を防ぐために3重のチェックを実施。 	
④利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行なっているか。	〇〇〇
<p>(講評)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族会と施設が協働して利用者の支援に当たっている。 ・健康状態の変化など緊急時の家族への連絡は看護職員が状況説明の電話連絡を行なっている。また帰省時には文書による状況報告を交換している。 	
⑤利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行なっているか。	〇〇
<p>(講評)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域社会に利用者の特性を理解してもらう意味からも、近隣への散歩や買物など外出機会を増やしてほしい。 ・敬老会への参加、スーパーでの買物などの外出機会は施設と地域の連携につながる。 	
【生活介護サービスに関して】	〇〇〇●
⑥日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行なっているか。	
<p>(講評)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・盲重複障害のため生産的活動は難しいが、支援されながらの創作活動は家族アンケートにおいて好評であった。一方散歩など身体を動かすことやコミュニケーションを多くして欲しいとの回答もあった。 ・個別対応を要する利用者には、食事や入浴介助に長時間を要する。自立支援の原則を守るために、職員のチームワークが駆使されサービス提供が行なわれている。 	
【施設入所支援サービスに関して】	〇〇〇●●
⑫入所施設において、日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行なっているか。	
<p>(講評)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴は週3回(冬季2回)実施。浴室への誘導解除を含めて、一連の動作に自立支援の考え方で臨み、自力のできる利用者にはその人のリズムやペースで進めてもらう。 ・年2回のホーム(ユニット)別の日帰り旅行を、利用者の意向を汲んで行い、暮らしの幅を広げるような体験を多く提供している。 	



■事業者が特に力を入れている取り組み

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・施設長は盲重複障害者への支援が法人の核心であることを伝えている。・口腔ケアは日毎の重点箇所を決め1日で全部が磨けるように工夫している。 |
|---|

■全体の評価講評

特に良いと思う点	①コンプライアンス（法令遵守）については職員倫理綱領が策定され職員に浸透している。
	②利用者の健康管理や食への楽しみに配慮し顧客満足に努めている。
	③コミュニケーションにはスキンシップも動員して双方向性を基本に行なっている。
さらなる改善が望まれる点	①地域との防災協定や事故防止のリスクマネジメントが課題となっている。
	②緊急時の家族への連絡は確実性・着実性に配慮した対応を希望する。
	③個別支援計画の目標期間について見直しが必要と思われる。