

はじめに

大阪府では、平成19年から22年において施設内虐待事案が明らかになり、大きく報道されるなど、本府における障がい児者虐待事案の発生状況は、他の都道府県と比べても顕著な状況でありました。虐待は人権侵害であり、あってはならないことです。

この状況を何とか改善しようと大阪府では、入所施設における虐待の防止や虐待の温床となる不適切な利用者支援の改善に向けた支援を行う「大阪府障がい児者施設等サービス改善支援事業」を、障害者虐待防止法の施行（平成24年10月）に先駆けて平成23年度から3年間にわたり、知事重点事業として実施してきました。

本事業では、府内の障がい児者入所施設の全てに第三者であるサービス改善支援員が訪問し、施設内虐待ゼロを目指し、施設内での危険な兆候をキャッチし、各施設の課題の整理と具体的なサービス改善手法を提案し、虐待に至らないような支援に繋げるための取組みを「告発・指導型」ではなく、「対話・交流型」で行ってきました。

このたび、この3年間の取組みのまとめとして、この事業により障がい児者への支援向上を図ったケースや施設自らが支援向上に向けたケースなどの取組みを集めた本事例集を作成しました。

今後とも、それぞれの施設において、利用者一人ひとりを大切にする支援の向上のための取組みを継続していただくよう本事例集をご活用いただきたいと思います。

本事例集の作成にあたり、貴重な時間をいただき、事例等の執筆にご協力いただいた障がい児者入所施設等従事者の皆様に深くお礼を申し上げます。

平成26年3月

大阪府障がい者自立支援協議会 障がい者虐待防止推進部会

障がい児者虐待防止支援専門委員会 会長 津田 耕一

< 目 次 >

はじめに	1
1章 障害者虐待防止法の概要	5
2章 大阪府の虐待防止に向けた取組み	6
～障がい児者施設等サービス改善支援事業～	
1 背景	6
2 事業内容	6
(1) 事業概要	7
(2) 事業結果	11
3 資料「サービス改善課題整理票」	17
3章 事例	27
1 サービス改善支援員の取組み事例	29
(1) 「職員間の意思疎通、情報共有の取組み」	29
～業務マニュアルの改訂作業を通じて、職員間のコミュニケーションを図る～	
(2) 「事故防止への取組み」	34
～マニュアル作成、委員会設置による事故防止～	
(3) 「利用者中心支援への取組み」	39
～倫理綱領・行動規範改訂と支援計画の見直しを通じて～	
(4) 「利用者のQOLの向上にむけた取組み」	45
～委員会活動による支援の見直しの取組み～	
(5) 「生活拠点の変更への取組み」	50
～本人の状況変化と施設機能のありかたを再検討し、暮らし直しを試みる～	

< 目 次 >

2 施設からの取組み事例	56
--------------	----

【A 事業を通して取り組んだ事例】

(1) 「虐待防止マニュアル等の整備を通じて、『虐待防止』について施設全体での理解を深める」 ～機能訓練を中心とした施設での取組み～	56
(2) 「『与薬』に関するサービス改善への取組み」 ～平成25年度のサービス改善支援員の訪問を通じた、集中的な取組み～	60
(3) 「児童に対する言葉遣いについての取組み」 ～「OTT（穏やかに・丁寧に・適切に）」をテーマに職員全員で取り組む～	64
(4) 「虐待防止の取組みとしての利用者の生活の質の評価」 ～第三者の視点の活用と支援スキルの向上への取組み～	70
(5) 「個別支援計画作成について」 ～利用者のニーズとは？利用者が望んでいることは？「誰のために」「誰が望んでいるのか」～	74
(6) 「組織の中での個別支援計画づくり」 ～医療型施設において医療的ケアのみならず生活全体を考えたサービス提供への取組み～	78

< 目 次 >

【B 施設独自で工夫された取組み事例】

- (7) 「危機管理報告書に基づく再発防止策への取組み」・・・・・・・・・・ 82
～誤薬防止の取組みを中心として～
 - (8) 「自閉症の利用者への個別支援の取組み」・・・・・・・・・・ 87
～身体障がい者を中心とする施設における自閉症の特性に配慮した取組み～
 - (9) 「支援サービスの向上を目指した5年間」・・・・・・・・・・ 91
～自閉症の人たちへの取組みから支援サービスの向上を図る～
 - (10) 「地域に開かれた施設運営」地域での理解者を増やすための取組み・・・・・・ 97
～オープン施設、ボランティア講座、苦情相談日の開催、実習生受け入れ～
 - (11) 「人権侵害のない支援をめざす」・・・・・・・・・・ 103
～環境への配慮や支援のありようを変えることにより、利用者が変わることに気づく～
 - (12) 「地域移行の取組み」・・・・・・・・・・ 108
～法人内（3事業所）合同による取組み～
- 3 【コラム】 支援の質の向上をめざして・・・・・・・・・・ 111
- (1) 「ちょっと待って廃止運動」の取組み・評価・・・・・・・・・・ 111
 - (2) 「サービスモニタリング」の取組みについて・・・・・・・・・・ 112
 - (3) 「重度知的障がい者に対する満足度調査のあり方に関する検討について」・・・・・・・・ 113

1章 障害者虐待防止法の概要

目的

(平成23年6月17日成立、同6月24日公布、平成24年10月1日施行)

障害者に対する虐待が障害者の尊厳を害するものであり、障害者の自立及び社会参加にとって障害者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等に鑑み、障害者に対する虐待の禁止、国等の責務、障害者虐待を受けた障害者に対する保護及び自立の支援のための措置、養護者に対する支援のための措置等を定めることにより、障害者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって障害者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

定義

- 1 「障害者」とは、身体・知的・精神障害その他の心身の機能の障害がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活・社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。
- 2 「障害者虐待」とは、次の3つをいう。
 - ①養護者による障害者虐待
 - ②障害者福祉施設従事者等による障害者虐待
 - ③使用者による障害者虐待
- 3 障害者虐待の類型は、次の5つ。(具体的要件は、虐待を行う主体ごとに微妙に異なる。)

 - ①身体的虐待(障害者の身体に外傷が生じ、若しくは生じるおそれのある暴行を加え、又は正当な理由なく障害者の身体を拘束すること)
 - ②放棄・放置(障害者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置等による①③④の行為と同様の行為の放置等)
 - ③心理的虐待(障害者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の障害者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと)
 - ④性的虐待(障害者にわいせつな行為をすること又は障害者をしてわいせつな行為をさせること)
 - ⑤経済的虐待(障害者から不当に財産上の利益を得ること)

虐待防止施策

- 1 何人も障害者を虐待してはならない旨の規定、障害者の虐待の防止に係る国等の責務規定、障害者虐待の早期発見の努力義務規定を置く。
- 2 「障害者虐待」を受けたと思われる障害者を発見した者に速やかな通報を義務付けるとともに、障害者虐待防止等に係る具体的スキームを定める。

養護者による障害者虐待	障害者福祉施設従事者等による障害者虐待	使用者による障害者虐待
[市町村の責務] 相談等、居室確保、連携確保	[設置者等の責務] 当該施設等における障害者に対する虐待防止等のための措置を実施	[事業主の責務] 当該事業所における障害者に対する虐待防止等のための措置を実施
[スキーム] 	[スキーム] 	[スキーム]

- 3 就学する障害者、保育所等に通う障害者及び医療機関を利用する障害者に対する虐待への対応について、その防止等のための措置の実施を学校の長、保育所等の長及び医療機関の管理者に義務付ける。

2章 大阪府の虐待防止に向けた取組み

～障がい児者施設等サービス改善支援事業(平成23年度から3カ年事業)～

1 背景

大阪府における障がい児者虐待の状況

大阪府において平成19年から21年度にかけて虐待等不適切な事案が明らかになり、平成22年度には施設内虐待事案が大きく報道されるなど、障がい児者施設での虐待事案の発生状況は、他の都道府県と比べても顕著な状況でした。

これまでの障がい児者施設での虐待事案を分析すると、次のような背景がみられた。

- ① 施設において施設外部との交流・関係が希薄になりやすく、「この程度の行為はやむを得ない」との感覚があった。
- ② 障がい特性への理解不足等から行動障がいへの対応に苦慮し力で押さえつける支援を行っていた。
- ③ 施設内で利用者支援についてのノウハウの蓄積がなかった。

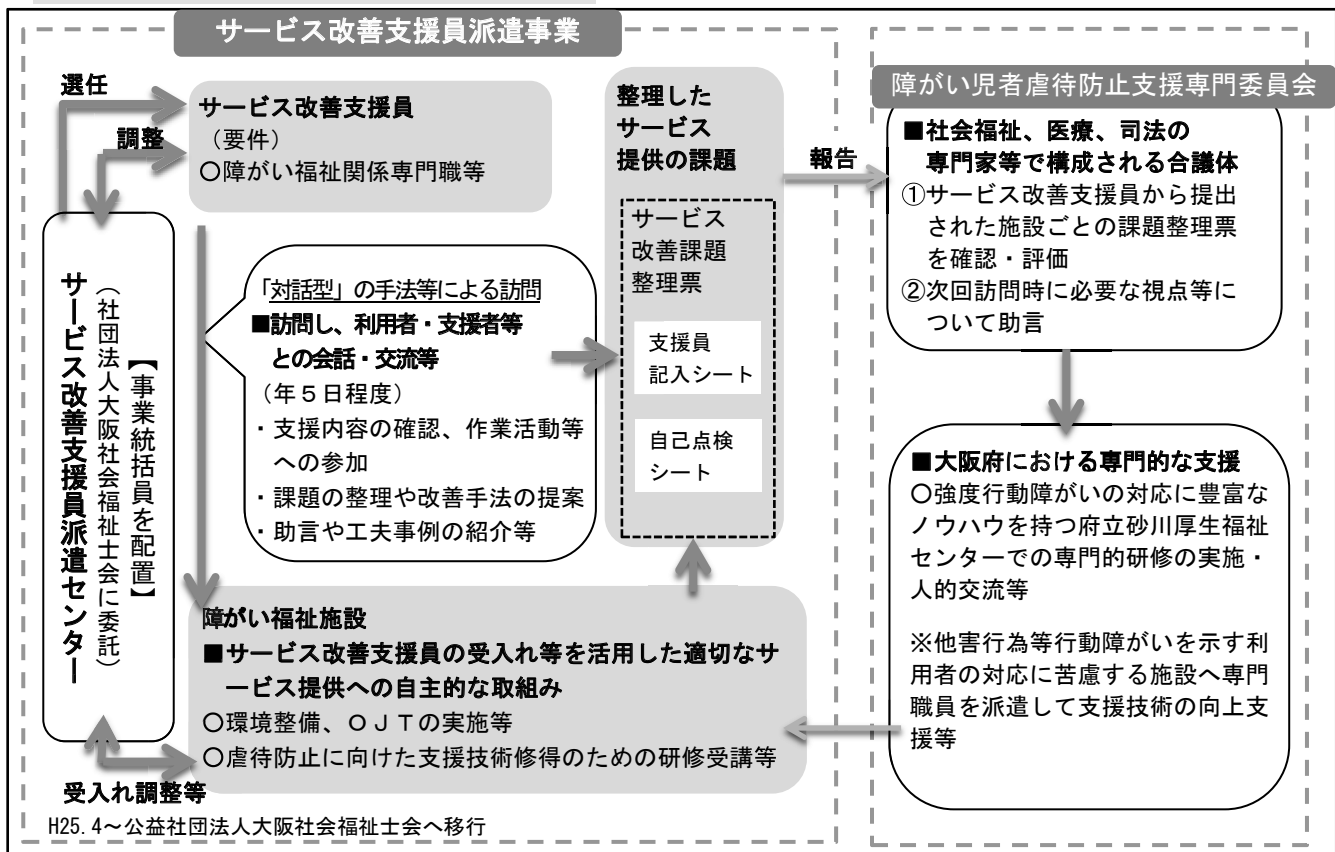
事業の立ち上げ

大阪府では、これらの不幸な事案が二度と発生しないよう「施設内虐待ゼロ」を目指し、平成23年度からの3カ年事業として「障がい児者施設等サービス改善支援事業」を立ち上げました。本事業は、第三者が施設を訪問する「サービス改善支援員派遣事業」、訪問結果を分析し次の取組みを検討する「障がい児者虐待防止支援専門委員会」、利用者への支援に苦慮する施設への「専門的支援」から成り立っています。

本委員会では、社会福祉、医療、司法の各分野の委員がそれぞれの専門の見地から、サービス改善支援員の訪問内容について確認・評価し、虐待の要因となるリスクの分析や必要な着眼点、次回訪問時に必要な視点や府立砂川厚生福祉センターの研修を受講することが望ましい施設等について助言を行ってきました。

2 事業内容

障がい児者施設等サービス改善支援事業



(1) 事業概要

サービス改善支援員派遣事業

「サービス改善支援員派遣事業」は、府内の入所施設(P8 参照)を対象に福祉の知識及び経験のある第三者を派遣して「対話・交流型」でサービス改善に取り組むというもので、都道府県では初めての試みとなりました。

・事業のコンセプトは、次の3点としています。

- ①施設に第三者の視点を導入
- ②告発型ではなく対話型のサービス改善支援
- ③強度行動障がい等困難事例に関するノウハウの普及(府立砂川厚生福祉センター活用)

・事業は、公益社団法人大阪社会福祉士会への委託により実施しました。(プロポーザル方式により業務受託機関を選定)

■サービス改善支援員派遣センター

・業務受託機関である大阪社会福祉士会では、サービス改善支援員派遣センターとして「事業統括員」を配置し事業運営の総合調整等を行うとともに、障がい福祉関係等に経験のある者を「サービス改善支援員」として選任し施設に派遣しました。訪問は、1年につき1施設当たり5回(最終年度は2~4回)を標準に3年間続けて行いました。

■サービス改善支援員の活動

- ・入所施設を訪問し、利用者や職員との会話・交流等を行い、利用者・施設職員と一緒に悩み考える中で、施設自らが気づき、改善に向けた取組みを促しました。
- ・福祉の専門職として利用者の人権の尊重・利用者本位の視点を最優先に考えながら、第三者から見た気づきを施設と共有するという対話型の手法で、課題の抽出とそれに対する対応策を共に考えました。
- ・また、サービス改善支援員と施設のそれぞれが記入した(最終年度は施設のみ)、「サービス改善課題整理票」(P17 参照)を大阪府が設置する障がい児者虐待防止支援専門委員会に提出し、委員会からの必要な視点等についての助言を踏まえ次回以降の訪問に反映しました。

サービス改善支援員の訪問活動の内容

- ・日課やレクリエーション、食事場面など利用者と同じ空間・時間を過ごすことで生の声を聞く。
 - ・日中活動場面の参加だけでなく、早朝や夜間の時間帯も訪問する。
 - ・若手職員との対話・交流や、会議、カンファレンスへ参画する。
- ⇒「利用者本位の支援がされているか」、「施設での取組みがどのように行われているか」、「施設の課題として悩んでいることは何か」、「法人の理念・方針が職員にどのように周知され理解されているか」などについて対話を通し、改善に向けて話し合う。また、施設の良い取組みについては他の施設へも紹介し、施設のサービスの質の向上をめざした。

■対象施設の状況

平成 23 年度 対象施設 115 施設				平成 24・25 年度 対象施設 119 施設	
	施設数	施設種別内訳	施設数	サービス種別	施設数
新体系事業所	69	施設入所支援	69	施設入所支援	84
身体障がい者更生 援護施設	3	身体障がい者療護施設	3		
知的障がい者援護 施設	18	知的障がい者更生施設	13		
		知的障がい者授産施設	1		
		知的障がい者通勤寮	4		
精神障がい者社会 復帰施設等	13	生活訓練施設	10	宿泊型自立訓練	13
		福祉ホームB型	3		
障がい児入所施設	12	知的障がい児施設	7	福祉型障がい児入所施設	13
		肢体不自由児療護施設	1		
		肢体不自由児施設	1	医療型障がい児入所施設	9
		重症心身障がい児施設	3		
合計	115		115	合計	119

※施設の新体系移行等に伴い、23年度から24年度に向けて対象施設数が変化。

⇒事業の趣旨を施設に理解いただき、対象とする全施設の訪問を達成しました。

府立施設の専門的支援

- ・利用者の対応に苦慮している施設に府立砂川厚生福祉センターの職員が講師として出向き、下記のようなプログラムを実施する。

《基本的なプログラム》

1回目	オリエンテーション	施設と課題の確認、研修内容の決定
2回目	講義	施設の希望に合わせてテーマを設定 障がい特性の知識、支援方法に関する内容 例：「行動障がいの理解と支援」 「応用行動分析」「構造化のアイデア」など
3回目	見学研修	府立施設での支援の実際を見学研修
4～5回目	事例検討会（1～2回）	対象施設の事例検討会への参画、助言
5～6回目	総括	意見交換

【受講した施設の感想】

- ・対象施設で実施するため多くの職員が参加でき、障がい特性の理解など職員間で情報の共有が図れた。（あまり研修へ行く機会のない職員も参加でき、良い刺激になった）
- ・事例検討会上がったケースでは、それぞれの職員の対応が確認でき、その後の統一した支援につながり効果的であった。
- ・同じ施設職員としての視点からの助言で、施設の実践に活かしやすい。また、外部からの視点により刺激を受け、職員のモチベーションの向上につながった。

■サービス改善課題整理票の活用

◎施設でのサービスを施設の視点と第三者の視点で振り返るため「サービス改善課題整理票」(P17 参照)を活用しました。

サービス改善課題整理票 (施設自己点検表)

施設は以下の課題について評価指標をもとに自施設の取組みの達成度を自己点検する。

サービス改善課題整理票 (サービス改善支援員記入表)

サービス改善支援員も同じ評価指標を用い実際にマニュアル類の点検や、利用者や職員との対話を通して、取組みの達成度を訪問時に確認する。

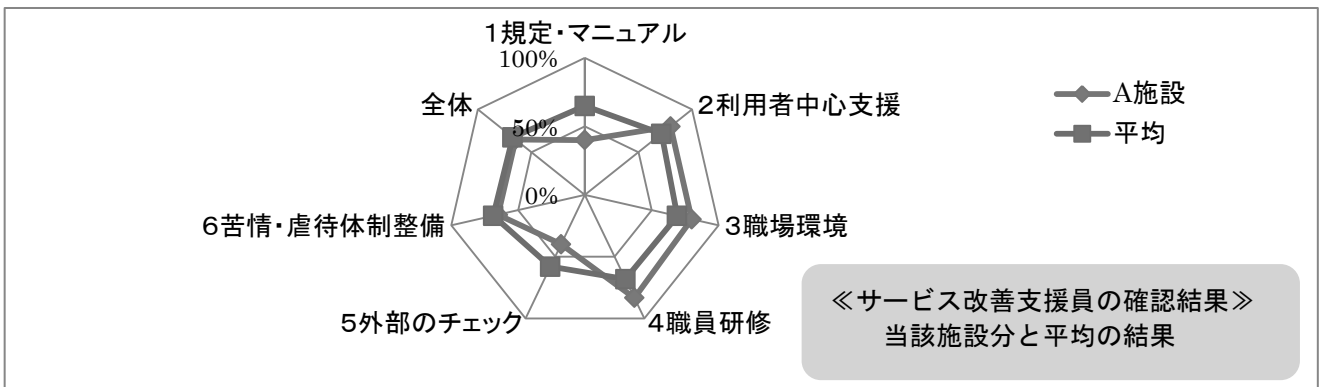
《サービス改善課題整理票》 施設自己点検表とサービス改善支援員記入表の項目は共通

サービス課題整理票大項目	小項目	
1 規程・マニュアルの整備	1. 倫理規定・行動規範 3. 身体拘束手続き 5. 事故記録・ヒヤリハット	2. 虐待防止マニュアル・チェックリスト 4. 身体拘束の実態
2 利用者支援	6. 強制的な言動 8. 個別支援計画 10. 心地よい生活環境 12. コミュニケーションの工夫 14. 実施状況記録	7. 預り金の管理体制 9. 個別ニーズへの対応支援 11. 利用者の相談体制 13. 行動障がいの対応
3 風通しの良い職場環境づくりと職員体制	15. 明るい雰囲気 17. 職員のストレス対応	16. 職員間の意思疎通
4 職員への意識啓発・研修	18. 法令遵守の取組み 20. 虐待防止研修	19. 支援技術の向上研修 21. 職員の人権意識の啓発
5 外部のチェック 家族との連携	22. 外部専門家の評価・チェック 24. 利用者家族との意思疎通	23. 地域との関係 25. 権利擁護の意見交換の場
6 苦情・虐待事案への体制整備	26. 虐待防止の体制 28. 虐待の対応策	27. 苦情相談体制 29. 権利擁護制度の活用促進



◎上記の施設自己点検結果・サービス改善支援員確認結果をチャートにして可視化し、施設にフィードバックした。

《1年目のフィードバック》

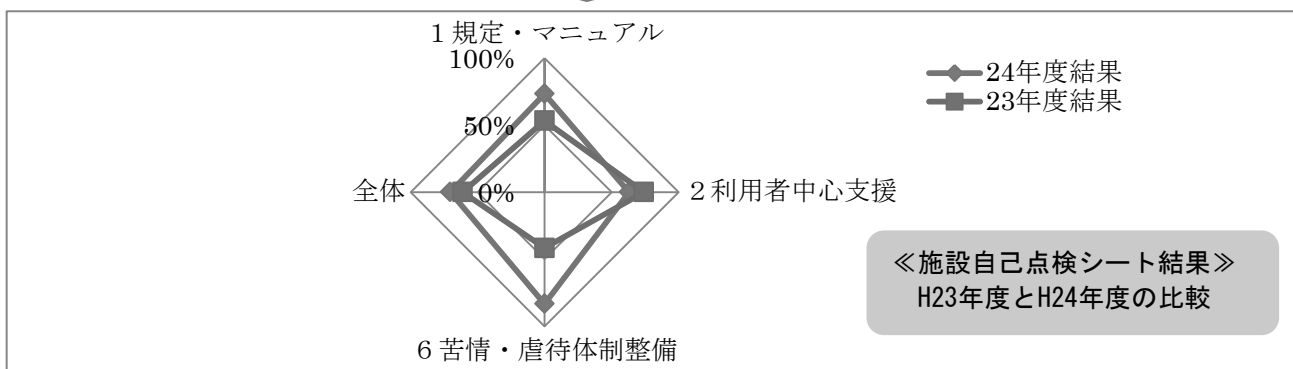


◎課題の残る項目や達成度の高い項目を確認したり、第三者の視点と施設の自己点検の結果との比較のためサービス改善支援員の確認結果を当施設と全施設の平均とを合わせチャート化した。

《2年目の訪問に向けての改善点》

- ⇒標準化 サービス改善支援員の経験や専門分野によって課題整理票の確認の視点にどうしても差異が出るため、全サービス改善支援員の視点を標準化するためのガイドラインを作成した。
- ⇒効率化 課題整理票の6項目を3項目に絞り、点検項目の重点化を図った。
(1 規程・マニュアル、2 利用者中心支援、3 苦情受付・虐待への体制整備)

《2年目のフィードバック》



◎施設自己点検の結果を前年度と比較するため1年目・2年目の施設の自己点検結果をチャート化した。

※サービス改善支援員の視点については、訪問最終日に施設の管理者が同席のもと施設職員とサービス改善支援員が確認し合い、視点の違いがあれば共有することにした。

《3年目の訪問に向けての改善点》

- ◎**取組みテーマの焦点化**～施設の希望をもとに3年目の取組みテーマを焦点化し、より効率的・効果的な訪問をめざす。訪問回数は施設のテーマや状況により2回～4回に設定した。
- ◎**他施設職員との交流**～他施設の職員との交流を希望する声が多く聞かれたため、ワークショップを開催しミニ講義（成年後見制度に関する内容）とグループワークを通じて職員の交流を図った。
- ◎**課題整理票の自己点検**～施設の自己点検を実施し、3年間の取組みの振り返りを行った。

(2) 事業結果

■訪問を通じて浮かび上がった具体的な課題及び課題に対する着眼点

サービス改善課題 整理票の項目	浮かび上がった具体的な課題
1 規程・マニュアルの整備	<p>○倫理綱領・行動規範、マニュアル類が作成されていない、作成されていても職員が知らないということがあった。</p> <p>○事故記録の原因分析、改善策の検討、職員への周知が十分でない、また、周知までにかなり時間がかかり事故(誤薬・転倒など)が再発する施設もみられた。</p> <p>○ヒヤリハットの理解や活用が十分されておらず、支援に生かされていない面がみられた。</p> <div data-bbox="523 703 1445 1211" style="background-color: #e0e0e0; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>《着眼点》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・倫理綱領・行動規範、マニュアルについてただ整備するだけではなく、職員が理解し実践に活かされているかが重要である。 ・職員が主体となってマニュアル類を作成したり、見直すことで現場に活かしたマニュアルになる。 ・ヒヤリハットについて、単に数多く上がってれば良いというものではなく、職員が些細な事にも気づき報告が多くなっているのか、ヒヤリの状況が改善されておらず同様のヒヤリハットが多くあがっているのか、その内容が重要になる。(記録し報告を挙げることでなく、その活用が重要になる。) </div> <p>○虐待についての正しい認識が職員間で共有されていない。 (身体的虐待のみが虐待であるという認識が強く、当施設では虐待は起こりえないという施設も見られた)</p> <p>○車いすの安全ベルトやベッド柵などが安全面の確保のために使用されているが、他に方法がないか十分検討されていない場合がみられた。</p> <div data-bbox="523 1532 1445 1899" style="background-color: #e0e0e0; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>《着眼点》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・虐待には、身体的虐待だけではなく心理的虐待やネグレクトなどの5類型があることを意識し、虐待の芽はどこにでもあるという認識が重要である。 ・身体障がいの方に対する車いすの安全ベルトなどの使用についても身体拘束の三原則に則り判断し、適切な手続きのもと実施することが必要である。 </div>

2 利用者支援

- 成人利用者への呼称が、「ちゃん」付けや呼び捨て、あだ名などであることがあった。
- 威圧的な言動、強制的な言動が見られた。
- 施設的环境面で、施設内の臭い、トイレ臭などの衛生面や、整理整頓が行き届いていない施設がみられた。
- 利用者の高齢化が進む中、ハード面の整備や介護技術が追い付かない状況がみられた。

《着眼点》

- ・呼称問題は、権利擁護の入り口であり、言葉遣いも含め人として尊重した対応が基本になる。
- ・毎日の些細な事でもどれだけ意識して取り組んでいるかが重要になる。
- ・特に言葉での意思疎通が困難な利用者の施設では、生活環境への配慮（衛生面、心地良い空間、プライバシーへの配慮など）が重要である。意識していないと配慮が行き届かない状態が日常化し、人として尊重した対応から離れてしまう。

- 利用者支援について集団での支援だけでなく個別支援、利用者本位の視点への見直しが必要。
- 本人の意向より家族の意向が優先されている面がみられた。

《着眼点》

- ・利用者の意思の尊重を考える場合、利用者が自己選択、自己決定できるような支援を行っているかが重要となる。本人の意思を尊重し、選択を本人に任せていると言えば聞こえが良いが、十分に支援の工夫を行わないと放任につながるおそれがあるので留意する。
- ・言葉での意思疎通に困難がある方へは、個別のコミュニケーション手段を検討、工夫し、それに基づく支援を行い、ご本人の意向を聞くことが重要になる。

- 個別支援計画が職員に周知されておらず、実際の支援に反映されていない。
- 個別支援計画が不十分で場当たりの対応がみられた。

《着眼点》

- ・個別支援計画の作成にあたっては、ご本人のニーズをしっかりとアセスメントし、本人の思いを尊重した生活を支援する計画を立てるよう心掛けることが重要である。
- ・日々の支援だけでなく、その人らしい生活とはどのようなものを模索して計画を立てることが重要である。

	<p>○障がい特性への理解が十分でなく、特に行動障がいを示す利用者への対応に苦慮している状況がみられた。(異食、水中毒、破衣、脱衣行為、ろう便、暴力など)。</p> <p>○支援方針が職員間で共有されておらず統一した支援が取られていない状況がみられた。</p> <p>《着眼点》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行動障がいを示す人へは、障がい特性の理解を深め、背景、原因を分析し職員間で統一した支援が重要になる。 ・利用者の行動を理解するために、その背景や、原因などにも留意して日々の記録をし、分析することが重要になる。
<p>3 風通しの良い 職場環境づくり と職員体制</p>	<p>○職員の定着率が悪い施設や非正規職員の割合が高くなっている施設もあり、職員相互の意志疎通、支援方針の共有化が課題となっている施設もみられた。</p> <p>○会議において職員の後ろ向きの発言があり、職員のモチベーションや意識の低下がみられた。</p> <p>○支援の向上やチームワーク形成に重要なケース会議が適切に行われていない施設があった。</p> <p>○管理職と現場職員の意識が乖離している施設がみられた。</p> <p>《着眼点》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員が孤立しないようにチームとしての体制を組み、普段から情報共有や悩みを相談できる体制整備が重要である。 ・チームワークを重視し、コミュニケーションや連携(報告・連絡・相談)を図る。 ・管理職による職員への面談などを通してコミュニケーションを図り、困った状況があれば早めに把握し対応につなぐ。
<p>4 職員への意識 啓発・研修</p>	<p>○職員育成の体制が不十分なため、支援技術の向上が図れず、支援ノウハウの積み重ねに至らない。</p> <p>○主任クラスの役割が重要となるが、その育成が十分ではなく、スーパーバイズも不足している。</p> <p>《着眼点》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の資質向上については、職員個々の資質の向上とともに管理者が一体となって組織として支援力を挙げていくような研修が重要になる。 ・研修計画を策定し、外部研修へ参加した場合は施設内での伝達研修を実施し、周知を図ることが重要である。また、研修を受けた職員が講師となることで自身のスキルアップにつながる。 ・施設内だけの検討ではなく、外部講師の意見を取り入れた検討会がより効果的である。

<p>5 外部のチェック・家族との連携</p>	<p>○ボランティア、実習生の受け入れや、家族の訪問も少なく交流もあまりない施設がみられた。</p> <p>○外部の意見を聞く機会がなく、施設内で全て解決しようとする施設がみられた。</p> <p>○第三者委員など第三者の意見を聞く機会が少なく、施設独自でどうしていくか苦慮している状況の施設があった。</p> <div style="background-color: #cccccc; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>《着眼点》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア・実習生の受け入れが活発にされているだけでなく、その受け入れ体制が整えられているかが重要になる。 </div>
<p>6 苦情・虐待事案への体制整備</p>	<p>○虐待防止マニュアルが整備されていなかった。</p> <p>○意見箱の設置や、苦情受け付けスキームが十分に周知されていないため、家族からの訴えを受けた職員が個別で対応している施設がみられた。</p> <div style="background-color: #cccccc; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>《着眼点》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外部委員を交えた虐待防止委員会の設置などの体制整備を図り、利用者や家族へも周知を図って、外部の視点も取り入れながら組織全体で取り組むことが大切である。 ・苦情解決規程を定め、利用者、家族等へ周知して意見を言いやすい工夫をすることが大切である。苦情等意見があった場合は規定に沿って速やかに対応し、記録については施設全体で共有していくことが重要となる。 </div> <p>○成年後見制度について、家族の理解がなかなか得られず利用につながらない。</p> <p>○成年後見人が年1回しか施設に面談に来ず、金銭管理のみで身上監護をしていない。</p> <div style="background-color: #cccccc; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>《着眼点》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・成年後見人の活動について施設側も十分理解し家族へ説明することや、成年後見人に働きかけることも重要である。 </div>

法人や管理者の姿勢や意識が利用者支援の方針や施設の風通しに大きく影響していることが改めて認識された。

■課題を踏まえ、取り組んできたサービス改善策

項目	改善策
1 規程・マニュアルの整備	<ul style="list-style-type: none"> ・倫理綱領・行動規範の整備、周知を図る ・サービスの自己チェック表の活用を推進する ・虐待防止マニュアル、身体拘束マニュアル等の整備を通じて職員への理解を深める ・身体拘束の考え方について理解促進・周知徹底を図る ・事故記録・ヒヤリハットについて記録の徹底、原因分析・改善策の検討を実施し、検討策を職員全体へ周知をした上で、具体的な取組みを行う
2 利用者支援	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供にあたり呼称や強制的な言動への気づきを促し、周知徹底を図る ・利用者本位の視点での個別支援計画を作成する ・利用者の意思を尊重した支援に向けた取組みを行う ・個別支援を充実する ・障がい特性の理解や特性を踏まえた対応、環境面の調整について、職員間で情報共有を図り、統一した支援方針をとる
3 風通しの良い職場環境づくりと職員体制	<ul style="list-style-type: none"> ・職員のモチベーションの継続、意思疎通を図る ・職員の確保、定着のための風通しの良い職場づくりを行う ・他施設と交流する
4 職員への意識啓発・研修	<ul style="list-style-type: none"> ・専門家やスーパーバイザーを招いての勉強会やステップアップ研修を実施する ・研修を通して利用者支援のノウハウを蓄積する
5 外部のチェック・家族との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・第三者評価事業の活用や第三者委員の訪問など、外部の意見を定期的に聞く機会を設定する
6 苦情・虐待事案への体制整備	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情相談窓口や苦情解決規程など、組織として苦情対応の体制整備の充実を図る ・成年後見制度などの権利擁護制度の活用を利用者・家族に働きかける ・都道府県社会福祉協議会の運営適正委員会など、苦情解決制度等の活用を利用者・家族に周知する。

■事業を終えて

◎浮かび上がった課題は虐待の要因につながる恐れがあり、その改善に向けた対応が望まれます。サービス改善支援員の訪問を受けた施設では、この3年間の事業を通じて、権利擁護の意識、利用者本位の視点について理解が進み、事故防止マニュアルやケース会議の運営、個別支援計画の作成等に活かされるなど、施設独自のサービス向上の取組みがされ始めています。

また、支援内容は現状が最善というような考え方（施設でしか通用しない価値観）に陥らないために、外部の視点を取り入れる重要性を認識され、施設が自主的にサービスの向上に取り組んでいくという意識の醸成がみられています。

◎一方、どう取組むべきか苦慮している施設もあることも浮かび上がり、他施設の取組みを参考にしたいとの要望も強くありました。そのため、今後の取組みに役立てていただくよう、次章に本事業を通じて今まで認識していなかった視点に気づき施設で取組み始めた事例、サービス改善に向けこれまで施設独自で取り組んできた事例を施設にご協力いただき掲載しています。

同じような課題を感じている施設に参考にさせていただき自らの取組みに生かしていただけるよう、取組みの経過をできるだけ具体的に記載しました。今後の利用者支援の参考にさせていただければと思います。

3 資料

サービス改善課題整理票 (施設自己点検シート)

<参考> 社～全国社会福祉協議会 障害者虐待防止の手引き(チェックリスト)、知～大阪知的障害者福祉協会 虐待防止マニュアル
評～大阪府社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価 評価基準 障がい者・児版 Version2

項目	評価項目 ア)3点、イ)1点、ウ)0点	評価の考え方	より良い取り組みに向けての評価項目 加算 1項目1点
I. 規程・マニュアルの整備			
1. 倫理綱領、行動規範を定めており、職員への周知ができています。	ア)施設独自で定めており、全職員に周知できている。 イ)他施設のを準用している。または、定めているが、全職員への周知が十分ではない。 ウ)定めていない	ア)・利用者の権利擁護の内容の入った倫理綱領及び行動規範を施設独自で定めている。 ・明文化した文書を全職員へ配布し、よく見えるところに掲示している。あるいは、会議で周知徹底している。 イ)・施設独自で作成したものではなく、他機関(他施設)等のものを準用している。 ・会議で説明するなど一定の周知は図っているが、全職員への周知は十分でない。 ウ) 定めていない	□定めるにあたって施設内で委員会等を立ち上げ、職員で議論し作成した。 □倫理綱領に関する委員会等を設置し、定期的に職員へ周知し、積極的に意識向上を図るための取り組みをしている。
2. 虐待防止マニュアルやチェックリストを作成し、職員に周知徹底するとともに、活用している。	ア)虐待防止マニュアル等を作成し、職員に周知し、定期的に活用している。 イ)虐待防止のマニュアル等は作成しているが、周知、活用は十分ではない。 ウ)作成していない	ア) 虐待防止マニュアル、チェックリストを施設で作成し、全職員に配布およびあるいは会議等で周知徹底し、定期的に活用している。 イ) 虐待防止マニュアル等を作成しているが、職員への周知徹底、活用については十分ではない。 ウ) 作成していない	□定期的に会議等で取り上げて職員の意識向上の取り組みを実施している。 □チェックリストを定期的に活用する体制をとり、支援を見直す機会を設けている。

<p>3. 緊急やむを得ない場合の身体拘束等の手続き、方法を明確に定め、職員に徹底している。 (手続きを適切に定めているか)</p>	<p>ア) 身体拘束等の手続きを定め、職員へ周知できている イ) 身体拘束等の手続きを定めているが、職員への周知は十分でない。 ウ) 手続き、方法を定めていない エ) 施設として、いかなる場合も身体拘束を行わないという方針を明確にし、職員へ周知している。</p>	<p>ア) ・切迫性、非代替性、一時性の三要件を満たし、記録、事前の利用者、家族への同意を得るなどの手続きを含め、施設として委員会等で検討した上で方法を定めている。 ・定めた身体拘束等の方法については、会議等で職員へ徹底されている。 イ) 身体拘束等についての手続き、方法は定められているが、内容が十分ではない。また、職員への徹底は十分ではない。 ウ) 身体拘束等に関する手続きは定めていない。 エ) 身体拘束について適切に理解した上で、いかなる場合も身体拘束を行わないという施設の方針を明確にし、職員へ周知徹底している。</p>	<p>□ 手続きを定める検討委員会に医師や第三者委員などの施設外の第三者も参加している。</p>
<p>4. 緊急やむを得ない場合、定められた方法によって身体拘束が行われ、記録や家族への報告、委員会での検討が適切に行われている。 (手続きに沿って適切に行われているか)</p>	<p>ア) 検討された方法がすべての職員によって適切に実施されている。また、記録や家族への報告、委員会での検討も適切にされている。 イ) 検討された方法が適切に実施されているが、記録については身体拘束解除後の状況までは徹底されていない。また、家族への報告、委員会での報告は十分ではない。</p>	<p>ア) ・事前に本人、家族に同意を得ており、事前に検討した方法で、実施している。 ・やむを得ず、決められた方法で身体拘束を行った場合、原因となる事前の状況及び、身体拘束をしている間の状況のみでなく、解除後の状況も観察し、記録している。 ・身体拘束の状況を委員会へ定期的に報告している。 ・手続きに沿い、身体拘束を行った場合、家族にも実際の様子を定期的に報告している。</p>	<p>□ 身体拘束を実施する前の状況、身体拘束している間の状況、解除後の状況を観察、記録、分析し、定期的に見直し、身体拘束以外の支援方法について検討している。 □ 検討委員会には、医師、第三者委員などの施設外の第三者も参加している。</p>

	<p>ウ) 身体拘束が適切に実施されておらず、また委員会は設置していない。 エ) いかなる身体拘束も実施していない。</p>	<p>イ) ・事前に本人、家族に同意を得ており事前に検討した方法で、実施している。 ・記録はされているが、解除後の状況の記録は徹底されていないなど十分でない。 ・委員会はあるが定期的に報告及び見直しは行っていない。 ウ) ・個々の身体拘束が適切に実施されていない。また利用者、家族の同意を得ていない部分がある。 ・委員会は設置していない。</p>	
<p>5. 事故記録、ヒヤリハット記録が整備されている。</p>	<p>ア) 事故記録、ヒヤリハット記録を整備し、事故の防止に生かしている イ) 事故記録、ヒヤリハット記録は整備しているが、事故の防止への活用は十分ではない。 ウ) 事故記録、ヒヤリハット記録は整備できていない。</p>	<p>ア) ・事故、ヒヤリハット事例があった時には、直ちに上司に報告し、決まった様式に記録している。 ・事故、ヒヤリハット事例については引き継ぎ会議、回覧等で速やかに職員に周知し、同様の事故が起こらないよう取り組んでいる。 ・事故が起こった場合は、直ちに家族、市町村、子ども家庭センター(児童)及び所管課等関係機関へ報告している。 ・事故、ヒヤリハット事例については、原因、予防策についても検討し、職員に周知徹底している。 イ) 事故記録、ヒヤリハット記録は整備されているが、職員全体への周知及び関係機関への報告は十分でない。 ウ) 事故記録、ヒヤリハット記録の様式は準備されているが、記録されておらず、活用されていない。</p>	<p>□ 事故記録、ヒヤリハット記録について同様の事案が続いていないか、不適切なケアと考えられるものはないかなど委員会等で定期的に分析している。 □ 家族会への報告が十分行われ、および外部へ情報公開している。</p>

II. 利用者中心支援			
<p>6. 利用者の支援においては、いかなる場合においても、強制的な言動(威圧的な対応や体罰、暴力)は行っていない。</p>	<p>ア) 施設長から臨時職員に至るまで全員がそう考え、行っていない。 イ) 基本的にはそう考え、行っていない。 ウ) 場合によっては強制的な言動も必要と考えている。</p>	<p>ア) 行動障がいなどの対応困難な場合にも、強制的な言動、威圧的な言動、差別的な言動は施設として禁止しており、全職員に周知徹底しており、行っていない。 イ) 行動障がいなどの対応困難な場合にも、強制的な言動、威圧的な言動、差別的な言動は施設として禁止しているが、全職員へは周知徹底ができていない。 ウ) 不適切な行動を改善するためには(児童の場合はしつけと称して)、時に手をあげることもやむを得ないと考えている。</p>	<p><input type="checkbox"/>強制的な言動(威圧的な対応、体罰、暴力)や差別的な言動の禁止について施設の方針として文章化され、定期的に会議等で話し合われている。 <input type="checkbox"/>管理者としての方針を明確にして新規採用職員をはじめ全職員へ研修し周知徹底している。</p>
<p>7. 預り金について適切な管理体制が作られている。</p>	<p>ア) 適切な管理体制が整備され、確実な取り組みが行われている。 イ) 管理体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。 ウ) 管理体制が整備されていない。</p>	<p>ア)・自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。 ・自己管理に支援を要する人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。 ・預り金管理規程が整備されており、規程に沿って管理されており、預り金の収支状況を定期的に利用者(家族)へ報告している。 ・内部チェック体制が確立している(通帳、印鑑の保管責任者の分離、施設長による定期的検査) イ)上記について十分でない。 ウ)管理体制が整備されていない。</p>	<p><input type="checkbox"/>金銭管理技能が身につくようなプログラムを用意している。</p>

<p>8. 利用者個々人のアセスメントをもとに個別支援計画を作成し、これに基づく適切な支援を実施している。</p>	<p>ア) 利用者のアセスメント及び、将来の生活についての本人の意向や希望をもとに個別支援計画を策定し、これに基づく適切な支援を実施している イ) 個別支援計画を策定し、支援しているが、十分ではない。 ウ) 個別支援計画を策定していない</p>	<p>ア)・個別支援計画は本人の生活に対する意向や希望をもとにして作成されている。 ・個別の支援目標について家族の意向も確認し、家族と共有できている。 ・利用者等の身体状況や、生活状況、行動の特徴、将来の生活の希望を勘案した個別支援計画を策定している。 ・個別支援計画は定例的ではなく具体的で実効性のある内容で定められている。 ・作成した個別支援計画は利用者(家族)に書面をもって説明し同意を得ている。 ・個別支援計画の見直しについては決まった時期、及び必要に応じて行われている。 ・個別支援計画が、担当者の意見だけでなく、会議において策定されている。 イ) 個別支援計画の策定に当たっては、個々のアセスメントに基づいて、個別支援計画策定会議において策定されているが、具体的な内容については十分ではない。 定期的に見直しが行われているが、支援計画の内容が適切に見直されていない。 (前回とまたは他の利用者と同様の内容が記載されている場合が多い) また、会議で検討されずに個別支援計画が策定されている。 ウ)アセスメントが十分でなく、個人に適切な計画内容となっていない。</p>	<p><input type="checkbox"/>個別支援計画作成会議は、利用者(または家族)の参加を得て、実施している。 <input type="checkbox"/>地域生活移行をめざした個別支援計画が策定されており、具体的な取り組みがされている。</p>
---	--	--	---

<p>9. サービスの提供について集団での支援だけでなく、利用者の意思、希望を尊重するよう配慮している。個別のニーズに対応した支援を実施している</p>	<p>ア) 利用者の意思、希望を尊重し、個別のニーズに対応したサービスを提供している イ) 利用者の意思、希望を尊重した個別のサービス提供を目指しているが十分でない。 ウ) 利用者の意思、希望より、施設の都合でサービス提供している</p>	<p>ア)・外出や日課の選択など利用者の意思、希望を聞き尊重する体制を整えている。 ・集団支援だけでなく、個別の希望に沿ったサービスの提供を実施している。 ・同性介護を保障している。 イ)個別のサービスの提供を目指して取り組んでおり、施設の都合により、利用者の生活を不当に制限している場面はないが、十分ではない。 ウ)集団支援を行い、個別のサービス提供はほとんど実施していない。</p>	<p>□利用者のプライベートを保障する特段の取り組みが行われている。 □外出等の行事についても施設全体でなく、利用者の希望に沿い、個別の取り組みが行われている。</p>
<p>10. 心地よく生活できる環境への取り組みがなされており、一人になれる場所や部屋または少人数でくつろげる場所や部屋が用意されている。</p>	<p>ア)十分配慮され用意されている イ)配慮しているが十分でない ウ)あまり配慮されていない</p>	<p>ア)・利用者が一人になりたいときに自由に利用できる場所・設備が用意されている。 ・少人数でくつろげる場所(部屋やスペース等)や屋外設備等が用意されている。 ・訪問者と面会できる部屋が用意されている。 ・施設内の生活環境については、利用者の意見も取り入れながら、快適な生活が出来るよう配慮されている。 イ)上記内容について取り組んでいるが、十分ではない。 ウ)あまり取り組まれていない</p>	<p>□利用者の私物について、利用者の意向を尊重して、大切に所持できるように配慮されている。</p>

<p>11. 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している</p>	<p>ア)利用者が相談や意見を述べやすい環境、しくみが整備されており、利用者にそのことを伝えるための取り組みがされている。 イ)利用者が相談や意見を述べやすい環境、しくみは整備されているが、そのことを利用者に伝える取り組みが十分でない。 ウ)整備していない。</p>	<p>ア)利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる体制が整備され、文書化されており、利用者にわかりやすく説明している。相談スペースを設け、相談を受ける体制を明確にしている。 イ)利用者が相談や意見を述べやすい環境、体制は整備されているが、利用者への周知が十分ではない。 ウ) 利用者が相談や意見を述べやすい環境、仕組みについて配慮していない。</p>	<p>□利用者自治会や意見箱の設置などで意見をくみ取る体制があり、くみ取った利用者の意見を支援に反映している。 □日常的に相談窓口を明確にした上で、その内容をわかりやすい場所に掲示し、相談しやすいよう声掛け等を積極的に行っている。</p>
<p>12. コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている</p>	<p>ア)コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている イ)コミュニケーション手段を確保するための取り組みが行われているが十分ではない。 ウ)コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされていない</p>	<p>ア)意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされている。(手話、写真、絵カードなど) イ)意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わりを通じて、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心がけている。 ウ)個別のコミュニケーション手段の工夫はできていない。</p>	<p>□コミュニケーション支援についての専門的な研修に継続的に参加し、実施している。(視覚支援や、コミュニケーション機器の活用等) □コミュニケーション支援について、施設として検討会を実施し、取り組んでいる。</p>

<p>13. 行動障がいについて原因の分析を行い、軽減するための対応がなされている。</p>	<p>ア) 行動障がいについて原因の分析を行い、軽減するための対応を組織として行っている。</p> <p>イ) 行動障がいの原因分析、軽減するため取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>ウ) できていない</p>	<p>ア) 利用者の行動特性、生活リズム、興味、嗜好、対人関係などを把握し、日々の観察、記録から行動障がいの誘因となる刺激や人的・物理的環境との因果関係を分析し、軽減するための対応を検討し、全職員の認識を統一した上で対応している。</p> <p>イ) 観察、原因の分析、支援方法について検討しているが、会議での検討ではない、あるいは全職員に周知徹底されていない。</p> <p>ウ) できていない。</p>	<p>□関係する全ての職種の職員が連携し、必要に応じて専門医の協力も得て、新たな支援方法の修得や研究を進めるなどの工夫をしている。</p> <p>□関係機関(援護の実施機関、障がい者自立相談支援センター、相談支援事業所等)や家族等と状況を共有し、支援についてケア会議を開くなど連携している。</p> <p>□施設内での検討だけでなく、外部の専門機関の助言を得るなど支援の向上に向けて取り組んでいる。</p>
<p>14. 利用者の状況に関する記録及びサービス実施状況の記録が適切に行われている。</p>	<p>ア) 利用者の状況に関する記録及び個別支援計画のサービス実施状況が適切に記録されている。</p> <p>イ) 利用者の状況に関する情報及び個別支援計画のサービス実施状況が記録されているが十分ではない。</p> <p>ウ) 利用者の状況に関する情報及び個別支援計画のサービス実施状況が記録されていない。</p>	<p>ア) ・利用者の状況、サービス実施に当たり留意すべき事項、実施に伴う状況の変化、アセスメントやサービス実施計画の実施状況等、利用者に関わる日々の情報を、書面にて整理している。</p> <p>・一人ひとりの個別支援計画に沿ってどのようにサービスが実施されたか、その結果利用者の状態はどのように推移したか具体的に記録している。</p> <p>・記録する職員で記録内容にばらつきが生じないよう工夫している。</p> <p>イ) ・利用者の状況に関する情報を書面にて整備するよう努めているが、一部の項目の不足や記入漏れなどが見られる。</p> <p>・個々の利用者について日々の記録はされているが、記録内容について個別支援計画に沿って実施したサービス内容や利用者の変化についての具体性が十分でない。</p> <p>ウ) 記録の整備が不十分である。</p>	<p>□個別支援計画によるサービス実施状況が記録によって確認することができ、個別支援計画の評価・見直しをする上で基本情報として活用されている。</p> <p>□日々の記録については、支援状況、利用者の状況が具体的に記録され、職員が共有して現状を適切に把握できるような体制を整えている。</p>

Ⅲ. 風通しの良い職場環境づくりと職員体制

<p>15. 施設が利用者にとって及び職場として話がしやすく明るい雰囲気を持している。</p>	<p>ア) 話がしやすく明るい雰囲気を保持している。</p> <p>イ) 話がしやすく明るい雰囲気を保持するよう施設として努めているが、十分でない部分もある。</p> <p>ウ) 話がしやすく明るい雰囲気とは言えない。</p>	<p>ア) ・利用者、職員間で話がしやすい雰囲気があり、実際会話が豊富になされている。</p> <p>・威圧的な雰囲気はなく、施設全体に活気があり、利用者がリラックスしてすごせる環境である</p> <p>・施設環境が清潔で明るい。</p> <p>イ) 努力しているが、十分ではない。</p> <p>ウ) 施設全体に過度の緊張感があり、話がしやすく明るい雰囲気ではない。</p>	
<p>16. 職員会議等で情報の共有及び職員間で意思疎通が良好に図られている。</p>	<p>ア) 積極的に情報の共有が行われ、意思疎通が良好に図られている。</p> <p>イ) 情報の共有、意思疎通を図るよう努めているが十分ではない。</p> <p>ウ) 情報の共有、意思疎通を図るよう努めていない。</p>	<p>ア) ・日々の支援の引き継ぎが、十分な時間をとって行われ、詳細な内容となっている。</p> <p>・日々の支援に当たって必要に応じて相談しながらチームで取り組んでいる。</p> <p>・職員会議が定期的開催され、職員が発言しやすいよう配慮されている。</p> <p>・日々の支援についての相談もスムーズに行っている。</p> <p>イ) 上記について取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>ウ) 情報の共有、職員間の意思疎通について特別意識して取り組んでいない。</p>	<p>□上司は職員の意見や疑問点について積極的に聞き取る姿勢を保っている。また、上司に相談しやすい特段の体制をつくっている。</p> <p>□職員間で意見を述べるための具体的な取り組み、体制を作っており、意見交換が活発に行われている。</p>

<p>17. 職員がストレスをためこまないよう組織として相談体制を整えている。</p>	<p>ア)相談体制を整えている イ)相談体制を整えているが、十分でない ウ)相談体制を整えていない</p>	<p>ア)・相談体制が整えられ、実際に運用されている。 ・定期的に職員との個別面談が行われている。 ・職員のストレスが過重にならないよう確認されている。 イ)取り組んでいるが十分ではない。 ウ)取り組んでいない。</p>	<p><input type="checkbox"/>希望があれば職員が相談できるようにカウンセラーや専門家を確保し、メンタルケアの体制を整えている。 <input type="checkbox"/>職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを定期的にチェックし、職員の状態を把握している。</p>
---	---	--	---

<h4>IV. 職員への意識啓発・研修</h4>			
<p>18. 遵守すべき法令を職員全員が正しく理解する為の取り組みを行っている。</p>	<p>ア) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的に取り組み、職員に周知している。 イ)法令遵守のための取り組みを行っているが十分ではない。 ウ)取り組んでいない。</p>	<p>ア)関係法令を整理し、職員がいつでも閲覧できるよう整備している。また、新しい法令等について会議の場や回覧等を通じ職員へ周知するための取り組みを行っている。 イ)関係法令は整理しているが、職員への周知は十分ではない。 ウ)特に行っていない。</p>	<p><input type="checkbox"/>管理者及び職員は法令遵守の為の研修会等に積極的に参加している。 <input type="checkbox"/>管理者は職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また、遵守させる為の具体的な取り組みを行っている。</p>
<p>19. 日々の支援の質を高めるための知識や技術の向上を目的とした研修を実施している。</p>	<p>ア)施設外の研修に参加することも含め、定期的に研修を実施している イ)研修を実施しているが十分とはいえない。 ウ)実施していない</p>	<p>ア)・年間研修計画を立て計画に沿って実施している。 ・支援技術向上に向けての研修(行動障害等に関する研修を含む)を実施している ・施設外研修を受講した際は施設で伝達研修が行われ、多数の職員が参加している。 ・研修実績() イ) 年間計画に沿って実施しているが、十分とは言えない。 ウ) 支援技術向上のための研修は実施していない。</p>	<p><input type="checkbox"/>困難事例等の事例検討会を実施している <input type="checkbox"/>施設外の講師から助言を得るような取り組みを実施している。 実施回数() 研修内容() 講師名() <input type="checkbox"/>職員個々の業務に関する目標管理が作成され(目標管理カード等)、それに基づいて職員個人の研修計画が作成・実施されている。</p>
<p>20. 職員に対して、虐待の防止に関する研修や学習を実施している。</p>	<p>ア)計画的に虐待防止の研修及び学習会を実施している。 イ)研修及び学習会を実施しているが、十分でない。 ウ)実施していない</p>	<p>ア)・年に1度以上、計画的に実施している。 研修回数() ・大多数の職員が受講しており、受講できなかった職員へも周知する体制をとっている。 イ)過去数年間に1回以上、実施している。受講できなかった職員への周知は十分と見えない ウ)特に実施していない</p>	<p><input type="checkbox"/>施設外の講師から助言を得るような取り組みを実施している。 実施回数() 研修内容() 講師名()</p>

21. 職員への人権等の意識啓発が行われている。	<p>ア) 権利擁護の意識啓発が行われており、職員の認識も高い</p> <p>イ) 権利擁護の意識啓発は行っているが、十分ではない。</p> <p>ウ) 施設として取り組んでいない</p>	<p>ア) 研修等を通じ、職員がどのような行為が人権侵害に当たるか具体的に認識している。</p> <p>・虐待事例のポスター等を職場に掲示し、職員の自覚、自省を促している</p> <p>イ) 人権の意識啓発について取り組んでいるが、職員の理解は十分とはいえない。</p> <p>ウ) 取り組んでいない</p>	<input type="checkbox"/> その他意識啓発の取り組みをおこなっている (具体的に)
--------------------------	--	--	--

V. 外部のチェック 家族との連携			
22. 虐待の防止や権利擁護について継続的に外部の専門家による評価、チェックを受けている。	<p>ア) 第三者評価等外部の専門家による評価、チェックを継続的に受けている</p> <p>イ) 継続的ではないが、外部の専門家による評価、チェックを受けたことがある</p> <p>ウ) 外部の評価を受けたことがない</p>	<p>ア) 第三者評価又は他の外部評価を継続的に受けており、その結果を支援の向上に生かしている。評価機関() 評価日 ()</p> <p>イ) 継続的ではないが外部評価を受けたことがある。評価機関() 評価日 ()</p> <p>ウ) 外部評価は受けたことがない。</p>	<input type="checkbox"/> 会計士による指導を受けている。 <input type="checkbox"/> 外部評価結果を公表している。
23. 地域との関係が適切に確保され、施設の透明性を図るよう取り組んでいる。	<p>ア) 地域交流イベントの開催やボランティアの受け入れなど利用者が地域との交流を持つための取り組みを計画的に行っている。</p> <p>イ) 地域と良好な関係を築くよう取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>ウ) 特に地域と良好な関係を築くような取り組みは行っていない。</p>	<p>ア) 地域のボランティアを積極的に受け入れる体制を整えており、現在定期的にボランティアの受け入れを行っている。</p> <p>受け入れているボランティア() 頻度 ()</p> <p>・実習生の受け入れ体制を整え、積極的に受け入れている。</p> <p>昨年度の受け入れ人数()</p> <p>・施設での行事や活動について積極的に地域へ案内し、地域から多数の参加がある。</p> <p>イ) 上記について取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>ウ) 特に取り組んでいない。</p>	<input type="checkbox"/> ボランティアや実習生などの交流があり、施設についての意見を積極的に聞いている。 <input type="checkbox"/> 利用者の買い物や通院、散髪など日常的な活動についても地域における社会資源を利用するよう取り組んでいる。

<p>24. 利用者の家族等と定期的に連絡・調整等を図り、スムーズに意思疎通が図られている。</p>	<p>ア)利用者家族と意思疎通がスムーズに図られている。 イ)利用者家族と意思疎通がスムーズに図られるよう取り組んでいるが、十分ではない。 ウ)利用者家族と意思疎通をスムーズに図るような取り組みは特にしていない。</p>	<p>ア)・施設だよりの発行や面談、訪問、連絡ノートなどを通して家族との連絡調整、連携が十分に図られている。 ・家族からの訪問、見学は随時受け入れている。 ・利用者家族から情報開示の求めにいつでも応じられるように体制をとっている。 イ) 取り組んでいるが、十分ではない。 ウ) 取り組んでいない。</p>	<p>□家族が施設側に意見を言いやすい工夫を行っている(工夫)</p>
<p>25. 利用者の権利を守るため、虐待防止や権利擁護について、利用者、家族、関係機関との意見交換の場を設置している。</p>	<p>ア)定期的に意見交換の場を設けている。 イ)意見交換の場を設けているが十分でない。 エ) 設けていない。</p>	<p>ア) 虐待防止や権利擁護について、利用者、家族、関係機関と意見交換の場を設け、施設での取り組みの透明性を図る努力をしている。 イ) 関係機関、利用者、家族と意見交換の場を設置しているが、十分な活動は行われていない。 ウ) 設けていない。</p>	

<p>VI 苦情・虐待事案への対応等の体制整備</p>			
<p>26. 虐待防止に関する責任者を定め、委員会を設置するなどの取り組みを行っている。</p>	<p>ア)虐待防止に関する責任者を定め委員会を設置するなど虐待防止に向けて積極的に取り組んでいる。 イ)責任者は定めているが、利用者、家族への周知の取り組みは不十分である ウ)責任者は定めていない</p>	<p>ア)・虐待防止に関する責任者を定め、利用者、家族に文書で説明し周知を図っている。 ・虐待防止に関する委員会を施設内に設置し、定期的に開催している。 イ)・虐待防止に関する責任者を定めているが、利用者、家族への周知は十分ではない。 ・委員会は設置されているが活動については十分ではない。 ウ)責任者は定めていない。</p>	<p>□委員会で虐待防止の取り組みや問題があった時の対応について協議し、協議内容については施設全体で周知を図っている。 □委員に外部委員が入っている。</p>
<p>27. 苦情相談窓口を設置し、利用者等にわかりやすく案内をするとともに、苦情解決責任者等を規程等に定め、利用者からの苦情の解決に努めている。</p>	<p>ア)苦情解決規程について利用者、家族に分かりやすく説明し規程に沿って早急に苦情解決に努めている イ)苦情解決の仕組みが確立されているが、十分に機能していない。 ウ)苦情解決の仕組みが確立していない。</p>	<p>ア)・苦情解決規程を定め、利用者、家族等へ周知し、苦情があった時には規程に沿って早急に対応している。 ・市町村や運営適正化委員会など施設外の苦情受付窓口について掲示するなど案内している。また、第三者委員に直接苦情受付できる体制になっている。 イ)苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取り組みが行われているが、十分に機能していない。 ウ)苦情解決の仕組みが確立していない。</p>	<p>□苦情解決の実績等を事業報告書や広報誌等で積極的に公表している。 □第三者委員による定期的な活動実績がある。</p>

<p>28. 施設内で虐待事案の発生時の対処方法、再発防止策を具体的に文章化している。</p>	<p>ア)虐待対応マニュアル、再発防止策を整備・明文化し、職員、利用者、家族に周知している。</p> <p>イ)虐待対応マニュアルや再発防止策は整備しているが、職員、利用者、家族への周知の取り組みは十分ではない。</p> <p>ウ)整備していない</p>	<p>ア)・虐待等に関する通報連絡先が利用者、家族、訪問者等のわかりやすい場所に掲示されている。体罰等が行われた場合、その原因を究明し、今後発生しないよう防止策を講じる仕組みが整えられており、その体制が明文化されている。</p> <p>・虐待事案発生時の対処方法、及び防止策を職員、利用者、家族へ配布、説明され周知されている。</p> <p>イ)職員、利用者、家族へ配布、説明など周知について十分ではない。</p> <p>ウ)整備していない。</p>	<p><input type="checkbox"/>体罰については、具体例を示した上で就業規則・職務規程・及びマニュアル等にも明文化している。</p> <p><input type="checkbox"/>体罰等については、日頃からミーティングや会議等で取り上げ、行われていないことを確認している。</p> <p><input type="checkbox"/>利用者と接する場面で体罰等がおきないように、接し方の研修をおこなっている。</p> <p><input type="checkbox"/>万一、体罰等がおこなわれた場合に備えて処分規程が設けられている。</p>
<p>29. 利用者の希望や必要性に応じて成年後見制度等の権利擁護の仕組みの活用について利用者・家族に説明を行い、あるいは成年後見制度の利用支援を行っている。</p>	<p>ア) 成年後見制度等の権利擁護の仕組みについて説明、利用支援をおこなっている。</p> <p>イ) 成年後見制度等の権利擁護の仕組みについて説明しているが、希望や必要性に応じてという点では十分ではない。</p> <p>ウ) 成年後見制度等について説明、利用支援は施設として行っていない。</p>	<p>ア) 利用者の希望や必要性に応じて成年後見制度等の権利擁護の仕組みの活用について利用者・家族に説明を行い、あるいは成年後見制度の利用支援を行っている。</p> <p>イ) 成年後見制度等の権利擁護の仕組みの活用について利用者・家族に説明を行っているが、十分でない。</p> <p>ウ) 成年後見制度等の活用について説明等行っていない。</p>	<p><input type="checkbox"/>単身など成年後見制度の活用の必要な利用者については、その手続きを進め、活用している。(手続き中を含む)</p>

(特記事項)

3章 事例

1 サービス改善支援員の取組み事例・・・・・・・・・・ 29

- ・サービス改善支援員の関わりを具体的に記載しています
- ・事例は一部加筆しています

2 施設からの取組み事例（施設の執筆事例）

【A 事業を通して取り組んだ事例】・・・・・・・・・・ 56

- ・本事業を通じて、施設が新たに取り組んだ事例を記載しています

【B 施設独自で工夫された取組み事例】・・・・・・・・・・ 82

- ・これまで施設独自で取り組んできた事例を記載しています

3 コラム・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 111

- ・施設独自の取組みをコラムとして記載しています

取組みテーマ

（1）職員間の意思疎通、情報共有の取組み

～業務マニュアルの改訂作業を通じて、

職員間のコミュニケーションを図る～

1 施設種別

障がい者支援施設（旧 知的障がい者入所更生施設）

2 概要

職員のコミュニケーションの向上によって、一貫性のある利用者支援をめざし、業務マニュアルの改訂に取組んだ。さらにこの取組みで、職員のバーンアウトを予防することを目的とした。

交替勤務の中で職員間の共通理解を深めるためにパソコンを活用し、日々の記録をしている。しかし、パソコンに落とした記録を個々に読み込むだけでは、なぜこの支援方針にしたのかその背景や要因が共有できていない。

この点の改善に向けて、サービス改善支援員とともに職員間のコミュニケーションを図る取組みを行うこととなった。

3 取組み前の状況・課題

- 近年は職員の入れ替わりが多く、キャリアの長い職員と若手職員との間に十分な情報の共有が難しくなっていた。そのため利用者中心の考え方に差が生じ、その結果、個々バラバラの支援となっていた。

強度行動障がいを示す利用者への支援において職員間の情報共有が図れず、ケアカンファレンスで決定した支援方針についても、数日後にはその方針が変わっていた。

- 情報共有が不十分なため職員個々がストレスを感じ、不適切な支援につながっているのではないかという不安を職員が抱えていた。

4 取組み経過	
【 施設の取組み経過 】	【サービス改善支援員の関与】
<p>職員間の足並みをそろえ、同じ思いを共有することがなぜ必要かを、すべての職員に伝える工夫が足りないと感じた施設長が、現場の中堅リーダーとこの課題のためにどうすればよいかを検討した。</p> <p>中堅リーダーからは、例えば食事時間を守る等の日課があるにもかかわらず、実行できていないことによって、職員間の不信感につながっているという意見が出た。</p> <p>（マニュアル改善委員会の創設） 施設長、中堅リーダー、新人職員で構成されたマニュアル改善委員会を創設し、今回の取組みを担当することになった。</p> <p>（調 査） 生活軸（食事・入浴など）を中心にして、実験的に1週間、職員の動きの記録をとり、同時に利用者の生活の様子を下記の3点から観察した。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>(1) 落ち着いた時間を過ごせたか。 (2) 職員の業務の流れはスムーズであったか。 (3) 精神的なゆとりがあったか。</p> </div> <p>(1)(2)(3)の結果を評価して、業務の改善やマニュアルの改訂を行い、サービス改善を図ることを目標とした。</p>	<p>サービス改善支援員との議論の中で、職員間の情報共有の難しさが挙げられた。</p> <p>日々の業務連絡で「バタバタした」「ざわざわした」などの職員の感覚は何が原因なのか、その要因や背景を客観的に分析することを提案した。</p> <p>現状の調査を実施することを助言した。</p>

<p>（6日間 調査を実施）</p> <p>調査は事前に実施することを予告した。ただし実施期間は伏せて、日常のありのままを調査できるよう配慮した。</p> <p>その時の職員の表情や感情など気持ちよく業務できているかどうか、各人が主観的な評価を『にこにこマーク』で記録した。</p> <p>調査結果は、おおむね『にこにこマーク』でよい評価がついていた。</p> <p>モニタリングで良い点、悪い点の検証をマニュアル改善委員会で行った。</p> <p>そこから次のことが見えてきた。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ①1日の業務がスムーズに運び、達成感のある日もある。 ②各自の役割は果たしているが、スタッフ間の個々の動きがお互いに理解できていない。 ③職員の横の動きが見えていないため、仕事の優先順位の共有ができていない。 ④現場が「ざわざわする」「いらいらする」などの声があがってきた。 </div>	<p>日中の日課の予定時間を個々の職員が意識しているかどうか行動を調査することから、具体的にみえてくることあるのではないかと助言した。</p> <p>課題がうきぼりになれば、対応策が検討でき問題解決につながると考えられないかと助言した。</p> <p>職員の表情や感情など気持ちよく業務できているかどうか、主観的な評価を記録することを助言した。</p> <p>利用者や職員が「にこにこマーク」で記録することを提案した。</p> <p>業務がスムーズに運んだ日は、何ができていたのかを確認したところ、「職員間のあうんの呼吸で、利用者の行動やニーズを共有できていたから」との回答があった。</p> <p>調査の結果からもっと良い点が見えてこないか、良いことやできていることを探してみましよう提案した。</p>
--	--

調査結果から、よい体験を通じて職員間のコミュニケーションが進み、利用者支援の最優先課題を個別に見出している事例も聞かれ、今回の取組みの成果を施設長、担当職員が評価した。

（職員全員へのフィードバック）

マニュアル改善委員会でのモニタリング、評価を職員に伝えるため、『ワークミーティング』と称してミーティングを開催した。

全員参加できるよう調整し、会議を実施した。

このミーティングで、「生活施設の暮らしを支えるチームとしての支援」を議題に議論した。

例えば、行動障がいの利用者への対応が「うまくいかない」「ざわついた」「ばたついた」のは、何が原因かを分析するように意識が変わり、職員個々が気づきを持つようになった。

支援チーム毎に、担当利用者のよいエピソードを積極的に取り上げた。

『良いこと探し』とは、アセスメントそのものであり、個別支援計画策定の第一歩であることを施設職員と確認した。

5 現状（取組み結果の状況）

【寄り添った支援】

- アセスメントをしっかり行い、職員全員で個別支援を進めていくことで、落ち着いた雰囲気が増えてるようになり、ざわざわすることがなくなった。
- 生活支援員の中に余裕ができて、それぞれの利用者にも目を向けて、向き合える時間が持てるようになった。
一例だが、拒食傾向にある利用者に対して、ゆっくりと時間をかけて支援することができ、個別支援計画に沿った関わりができ始めた。少しでも食べていただくことができ、その積み重ねが今後の支援につながっていくのではないかとということが実感できた。
- 朝礼や終礼で引継ぎを1日に複数回実施し、お互いの業務の確認ができ、職員のコミュニケーションが図れるようになった。

6 施設の振り返り・感想

生活支援員の入職・退職が相次ぐ中で、職員間のコミュニケーションが取りにくくなっていった。

障がい特性への理解が不十分であることが、支援する力の低下を招く結果となった。このことが職員の定着率を下げている現実に、どう対応すべきか悩んでいた。

サービス改善支援員の施設訪問を受け、その基本となる入所施設でのアセスメントの重要性や、利用者のニーズをとらえることで、生活の質を上げることが大切であることに改めて気づいた。

これまでは支援計画が机上のもので、なぜできないかの批判や批評のみであったが、今回の取組みから、本来目指すべき個別支援計画の意図を共有できる糸口をつかめたようである。

集団生活、生活施設の強みを活かした支援・視点での取組みと共に、「一人ひとりの、誰とどこで、どのように暮らしたいのか」が実現することを目指す取組みを行っていきたいと思う。



支援員からひとこと

施設の中で職員が「日々どんな思いで業務に携わっているのか、何に悩んでいるのか、問題解決のための課題は何か」を、今回の事業の特徴である対話型支援によって少し明確にされたと思う。

直面する課題への気づきは、すでに管理者もスタッフも十分に持っている。

しかしこのことを全ての職員が共有し、具体的な方法へ結びつけることは、ルーチン業務の中ではなかなか困難であることが、本事業の支援の中でよく分かった。

虐待の芽を早期に発見して、虐待予防のために、本事業のような緩やかな外部からのかわりが有効ではないかと実感した。

取組みテーマ

（2）事故防止への取組み

～マニュアル作成、委員会設置による事故防止～

1 施設種別

障がい者支援施設（旧 知的障がい者入所更生施設）

2 概要

サービス改善支援員の助言を基に、事故防止のために事故対策委員会を設置、マニュアル作成を行い、活動を開始した。

「情報収集」、「対策の検討」、「対応策実施の徹底」により、事故の軽減を図っていった。

3 取組み前の状況・課題

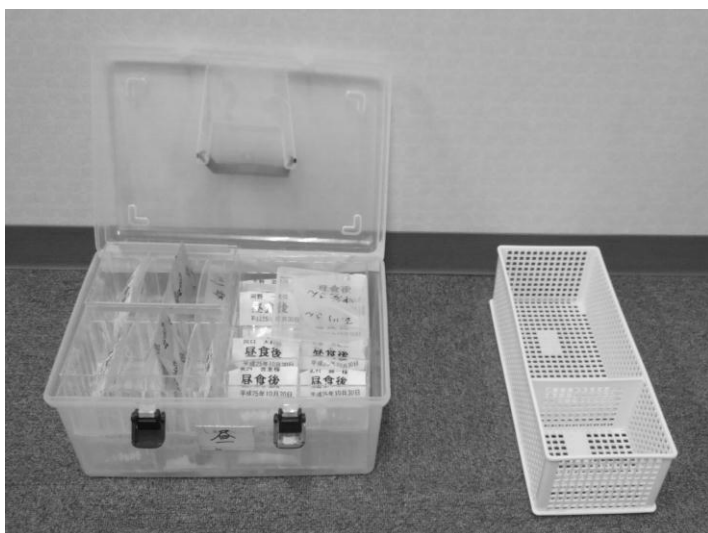
- 事故対策をはじめ、身体拘束防止、虐待防止、人権擁護等のマニュアル及び委員会がなかった。
- 事故報告書は提出されているが、報告者が事故の分析・今後の対策を記載し、主任相談員・施設長の確認で終結していた。
- 大きな事故に関しては、まず主任クラスのみで話し合い、その後職員会議の中で話しあうことはあったが、十分な分析・検討がなかった。
- 事故に対する対策は職員に周知され、徹底を図ったが、誤薬、転倒など繰り返される事故に対しては、個々の職員の努力に委ねられたため減少しなかった。
- ヒヤリハットの提出が少なく、また内容が事故報告書と同様になっていて、明確に区別されていなかった。

4 取組み経過	
【 施設の取組み経過 】	【サービス改善支援員の関与】
<p>提案を受け、他施設に状況を確認した。その結果、他施設では様々なマニュアルが整備され、委員会が設置されていることが明らかになった。</p> <p>これまではマニュアルより日々の取組みが重要と考えられていたため、マニュアルは整備されず、委員会も未設置のまま経過していた。</p> <p>「サービス改善課題整理票による施設自己点検」で自己評価が低い結果となったことを受けて、施設は事故の多い夜間の職員数を増員した。</p> <p>提案を受け、「マニュアル整備」「委員会設置」(安全対策委員会、虐待防止委員会、事故対策委員会、人権委員会)の取組みを始めた。</p> <p>事故対策委員会では、これまでの事故報告書から誤薬、転倒が多いことに注目し、対策を検討していった。</p> <p>同時に、事故対策委員会で検討した対応策の徹底を図るため、全員周知できる方法をとるようにした。(報告・申し送り・記録の閲覧)</p> <p>事故防止のための対応策の周知とともに、委員会だけが分析・検討するのではなく、担当職員や他部署も加わった話し合いが定着しつつあった。また、組織としての取組みであることが認識された。</p>	<p>対策が事故報告書上で終了し、それが他職員に伝達されていないために事故が繰り返されていることを指摘した。</p> <p>マニュアル、委員会がないことから、他施設の状況を確認するよう提案した。</p> <p>個々の職員が危機感を持っていることを伝え、マニュアルの整備、委員会の設置を助言した。</p> <p>委員会の構成では、委員の経験年数や背景が片寄らないよう助言した。</p> <p>マニュアルの内容、委員会記録から、順調に活動が開始されたことを確認した。</p> <p>委員会だけの対応に終わらず、担当職員も委員会に加わり話し合うことを提案した。</p> <p>事故の記録が事故報告書のみでなく、利用者のケース記録に同時に記載されるよう助言した。</p>

【誤薬への対応】

利用者の名前を呼んでから服薬介助を行うという方法でも誤薬があることから、委員会で検討し、薬を入れる容器を変更することにした。

小さな容器に数人分が入っていたものから、1 ケースに1 人の薬を入れることができるような大きな容器に変更した。ひと目で確認できるようになり誤薬がなくなった。



《改善後》

《改善前》

氏名を記載した薬ケースの使用と、①薬のセット前②配薬前③配薬時④配薬後の空袋が戻ってくる時の4回の確認体制で誤薬がなくなった。

【転倒事故への対応】

集団で移動する際の転倒、早朝に居室での転倒が繰り返され、場合によっては受診、縫合ということもあった。

集団での移動時の転倒については、職員も認識していた。

容器は大きくなったが、ケースごとに氏名が記載されておらず、さらに誤薬の危険性をなくすために、氏名記載の薬ケースが必要と伝えた。

事故報告書やヒヤリハットの記録から、転倒が繰り返されるケースは、集団で一斉に移動する時に多く見られるため、原因は明らかになっているのではないかと伝えた。

○集団移動から少人数の移動へ

フロアー移動時の転倒を防ぐため、少人数の移動ができるように時間を区切って誘導するようにした。

○転倒の分析と対応

同じ利用者の転倒が多いことから、個別に生活の記録を開始、転倒時間や転倒理由を明らかにし、その時間帯の対応に配慮した。

また、転倒を防ぐためのリハビリを開始した。

上記の対応を実施しても早朝での転倒を完全に防ぐことができないため、委員会での検討を継続していくこととした。

事故対策委員会が、施設内研修会で職員対象に事故報告書、ヒヤリハットの記載について説明し、ヒヤリハットの重要性を周知した。

同時に書式の検討を委員会で行った。

例えば、転倒した場合は「事故」、転倒しそうになった場合は「ヒヤリハット」であると、具体的に説明がされた。

各委員会の開催日時について、再検討することになった。

サービス管理責任者が委員会から「現在の課題」について書面で提出してもらい、事故対策委員会がとらえている現在の課題と方向性を確認した。

事故報告書とヒヤリハットとの差が不明瞭で、ヒヤリハットに事故報告を記載していることが見られる。

ヒヤリハットの意味と重要性の周知が必要と助言した。

委員会は毎月不定期ではあるが開催されている。勤務表作成時に定期的に組み込むことを提案した。

事故対策委員会の委員が捉えている課題について、確認するよう助言した。

5 現 状(取組み結果の状況)

- 事故対策委員会は、毎月開催。事故の分析、対応策の検討・実施を継続している。
- 利用者個々の状況把握、リスクの特定、予防対策へと変化している。リスクマネジメントから事故そのものを防いでいけるようなセーフティマネジメントに自然に移行していった。
- 記入しやすく誰が見てもわかりやすい「事故報告書」「ヒヤリハット」の書式を検討している。
- 事故の再発防止のための情報収集と対策の検討のために、事故報告書が必要であることを職員に理解してもらうための啓発に努めている。委員会が分析した事故について、写真を使って理解を深め、クイズ形式で「事故かヒヤリハットか」を問うなどした。
- ヒヤリハットの提出を増やすため、パソコン入力でチェック記入式の書式に変更して、提出が増えてきている。非常勤職員に対して、手書きも可とし、パソコン入力を指導した。手書きの用紙も各部署に設置した。

6 施設の振り返り・感想

マニュアル整備、委員会設置を開始した。

事故対策委員会の設立により、誤薬や転倒以外の事故についても細かく話し合いを実施できるようになった。職員の意識にも変化が見られる。

これまでも、個々の職員の事故を防ぐという意識と責任感が強かったが、同委員会で検討され対応策によって改善が図られていくことに信頼と安心感を持っている。

ヒヤリハットについて、話し合いだけでなく、書類として残すことにより改善につながるという認識になりつつある。

まだまだ万全の体制ではないが、活動を続けていくことにより、事故への対応を徹底し、事故を起こさない対策に取組み、利用者の安心できる生活を保障していきたい。



支援員からひとこと

この事例では、事故の対応が個々の職員の努力に委ねられていたため、事故を起こさないよう懸命に対処しても同様の事故が起き、職員の疲れが伝わってきた。

事故時の状況や対応を踏まえ、その原因分析や再発防止に向けた対策の検討は組織全体で検討され共有されることが大切である。

委員会の設置により、事故予防はリスクマネジメントからセーフティマネジメントへと短期間で変化し、職員の力量をじかに見ることができた。

組織として、委員会やマニュアルを備えておくことが、利用者へのサービスをより良いものにするのが認識された。

取組みテーマ

（3）利用者中心支援への取組み

～倫理綱領・行動規範改訂と支援計画の見直しを通じて～

1 施設種別

障がい者支援施設（旧 身体障がい者療護施設）

2 概要

サービス改善支援員の助言内容を参考にし、接遇委員会を中心として倫理綱領・行動規範を本人の人権や生活に配慮したものに見直し、「施設での生活はどういうものか」「利用者中心支援とは何か」を全職員で検討し、全職員に利用者中心の支援を意識付ける取組みを行った。

3 取組み前の状況・課題

- 倫理綱領・行動規範があるにもかかわらず、職員の言葉遣いが荒くなるなど、支援に反映できていない。
- 倫理綱領・行動規範も利用者の生活技能や ADL 支援が中心になった内容で、利用者本位の生活を目指すというには十分な内容ではなかった。
- アセスメントで利用者の意向が十分に汲み取られず、個別支援計画が食事・排泄・入浴などの介護方法を中心としたものになっている。
- 職員間に集団生活優先という意識が根づいてしまっている。

4 取組み経過	
【 施設の取組み経過 】	【サービス改善支援員の関与】
<p>提案を受け、倫理綱領を見直す体制について管理者・サービス管理責任者が検討し、従来から設置されている「接遇委員会」で原案を作成し、全職員で検討していくことになった。</p> <p>原案はサービス改善支援員にも提示し、意見をもらうことになった。</p> <p>「接遇委員会」を、従来のサービス管理責任者、支援員3人に加え、医師・看護師・栄養士・理学療法士を加えた8人に拡大した。</p> <p>現在の倫理綱領の問題点をサービス改善支援員から指摘を受けた内容に加え、「職員会議」でも意見交換し、倫理綱領改訂の原案を「接遇委員会」で作成していくこととなった。</p> <p>サービス改善支援員の意見を聞き、全職員が同じ目標に立つためにも、ただ原案の文章を考えるだけでなく、原案を全職員で構成していく過程に意味があることが確認された。その上で、情報提供を受けた他施設の倫理綱領を参考にして委員会がたたき台としての原案を作成した。</p> <p>原案を「職員会議」に提案し、全職員から意見をもらった。</p> <p>その内容を加筆修正した後、法人理事会にかけ新しい倫理綱領が承認された。</p>	<p>施設に掲示されている倫理綱領の内容が利用者中心ではなく介護中心で、職員目線になってしまい、本人中心になっていないことを指摘した。</p> <p>倫理綱領・行動規範の見直しを提案した。</p> <p>「接遇委員会」にサービス改善支援員が参加した。</p> <p>委員会では意見がなかなか出にくい場面があり、効率よく介護をすることができなくなるのではないかといった意見も出てきたので、あらためてサービス提供には理念や目標が重要であることや、倫理綱領の意味や役割を話した。</p>

新しい倫理綱領を全職員に「職員会議」で説明し、周知のために毎月1回朝礼の時間に内容を確認することになった。

また、全文を施設内に掲示し、利用者にはケース担当者がひとりひとりに時間をかけて説明し、倫理綱領をあらためたことを伝えた。

これまでのサービス改善支援員の助言をふまえ、全利用者の思いや希望に沿うことが大切であると気づき、利用者全員に聞き取りアンケートを実施することになった。

「思い描く生活スタイル～どんな生活がしたいですか～」というテーマの聞き取り調査を全員の利用者と家族・成年後見人に対して行った。

アンケートの内容は以下の通りの項目である。

1. 住環境（居室、共用部、プライバシー）
2. 医療・看護（受診、服薬管理、口腔衛生、食事・栄養、リハビリ）
3. 日常生活活動（移動、更衣、洗顔、食事、排泄入浴、買い物等）
4. 社会参加（旅行・外泊、作業、創作活動）
5. コミュニケーション
6. 就労
7. その他（家族とのつながり、対人関係、金銭管理、地域移行等）

「接遇委員会」でアンケート結果を集計し、すべての項目の回答で「今のままでいい」という回答が多かった。

サービス改善支援員とともに、内容を分析した。

「接遇委員会」で、サービス改善支援員の意見を聞き、利用者の多くが「どう回答していいか思い浮かばない」「希望や要望しても実現は不可能」と思っていることも多いことに気づき、そのことが「今のままでいい」という回答につながっていると確認した。

新しい倫理綱領を確認した。文章を職員に周知するだけでなく、利用者にも説明をするべきであること、支援内容にどう反映していくか考えることも必要と提案した。

（⇒支援員の助言内容とは、『昨年度「接遇」について職員と議論したが、非常に細かい業務マニュアルが完成され、ルーチンワークがきちんと位置付けられ、職員が効率的に動く反面で個別支援がやり難くなっているのではないか』）

「接遇委員会」に参加して、アンケート結果を分析した。

「今のままでいい」という回答は、本来そう思っている方もいるが、多くは「どう回答していいか思い浮かばない」「希望や要望しても実現は不可能」と考えている結果ではないか、という意見を出した。

利用者の希望や要望に沿い、話を十分に聞く姿勢がないと「思い描く生活スタイル」を考えることが困難である、という結論になった。

再度、全利用者の希望などを聞き取り、アセスメントの見直しをすることになった。

アンケートで十分把握できなかった利用者には、コミュニケーション機器や写真・絵カードなどを使うことで、本人の表情を汲み取りながらアセスメントを行った。

アセスメントの結果をみると、今までの個別支援計画では倫理綱領に書かれているような本人の希望に基づいた計画になっておらず、個別支援計画の見直しが必要なことが確認された。

主任会議で個別支援計画の様式を見直し、「本人の希望・要望」が中心に書かれ、それを実現するための目標が明確にされた。その目標に向けての計画が立てられるように工夫した。

全利用者の個別支援計画の見直しを行い、利用者の要望・意見が新しい様式の計画書の支援目標に反映され、その実現のための支援計画、サービス内容が記されていった。

職員からは、これまでは利用者の意向というより職員から見た好ましい状況が計画にされ、利用者主体の支援になっていないこと気づき、これまでの支援が大きくずれていたことにも気づかされたという意見が多く出された。

また、職員間でアセスメントの仕方や分析が統一されていないことがわかった。

今までのアセスメント方法を見直して、もう一度全利用者の声を聞き取り、個別支援計画に反映したほうがよいのでは、と意見を述べた。

個別支援計画は「本人の希望」を十分に反映したものにする必要がある。そうすれば、利用者本人は施設における生活での希望を実現し、さらに自らが望む生活のイメージを思い描くことができるようになる、と話した。

個別支援計画の様式が以前のままでは、なかなか本人の希望が書きにくいことも指摘した。

管理者からの提案で、「利用者本位の生活を実現するために」という基本に戻って、アセスメント、コミュニケーション、プランニングの研修を行った。

研修を通じて、統一した支援方法の確立が必要だという意見が職員からでたために、支援方法についてサービス改善支援員に相談をした。

サービス改善支援員の訪問終了後に、倫理綱領改定の際と同様に、拡大した接遇委員会が行動規範の見直しを開始することとなった。

新しく提案された個別支援計画の様式を確認し、今後どのように支援をすすめていくかを十分にとらえる必要があると意見を述べた。

支援方法の統一にあたって、新しくなった倫理綱領との整合性が必要である。

倫理綱領をより具体的にした行動規範の見直しと策定が必要ではないかと提案した。

5 現状(取組み結果の状況)

- ・ 倫理綱領がただ文書として存在しているだけでなく、自分たちがサービス提供をする際の指針になることなどを職員間で確認することができた。現在、行動規範を見直している。
- ・ まだ十分実現できていないところもあるが、職員間で利用者本位のサービスをしなければいけないという意識ができた。支援計画書の様式も変更され、それに基づいた取組みも始まった。
- ・ 利用者が希望していた外出の調整をし、一部実現できた。そのことで、他の利用者から「外出がしたい」といった具体的な希望があがり始めた。

6 施設の振り返り・感想

- 利用者の望む生活像を細かい項目に分けて聞き取ることで、具体的なニーズが見えた。そのニーズに1つ1つ答えていくことが、個別支援につながることを改めて考えさせられた。今後、全職員が共有していけるか不安もあるが、施設全体で取組み続けたい。
- 望まれる生活像について聞き取りを実施したことで、利用者の思いを掘り起こすことができた。その思いを利用者とともに、いかに実現していくかが私たち自身に問われていると思う。

《感想》

施設内で働いていると、どうしても自分の施設しか見ることができなくなり、「これがあたり前」「仕方ない」と感じてしまっていることが多かった。



支援員からひとこと

- ・ 倫理綱領・行動規範をどのように支援に反映させるか。そのプロセスで、職員それぞれに働きかけて、利用者中心支援を意識していく。
- ・ 利用者が話す「今のままでいい」という言葉には、「どう伝えていいかわからない」「希望をもつことそのものの経験が少ない」ということも考えられる。
利用者の言葉を理解する場合には、生活背景やことばを発する状況をとらえて理解をする必要がある。

取組みテーマ

（4）利用者のQOLの向上にむけた取組み

～委員会活動による支援の見直しの取組み～

1 施設種別

障がい者支援施設 （旧 知的障がい者入所更生施設）

2 概要

5年前から施設が独自で進めていた、利用者へのサービス向上を目的とした取組みがあった。

サービス改善支援員の訪問事業を効果的に活かし、更により良い改善を行おうと取り組んだことについて報告する。

3 取組み前の状況・課題

- 利用者が居室にこもりがちになってしまっている。
- 重度の方の生活スペースの尿臭が強い。
- 利用者が参加できる余暇活動が限定されていて、意図的に実施されていない。
- 常勤職員間の意思疎通は十分に行われているが、非常勤職員とは不十分な状況がある。
- 利用者より、夜間に周りがうるさくてよく眠れない、イライラするという訴えがある。

4 取組み経過	
【施設の取組み経過】	【サービス改善支援員の関与】
<p>以前の不適切支援に対する指導をきっかけに、支援の改善をめざし「自閉症支援」「人権とサービスの向上」のプロジェクトをスタートして取組んできた。</p> <p>内容について、第三者の目によって、不十分な部分や方向性についての意見や助言をもらうことで、さらに改善を進めたい。</p> <p>施設で過去にあった虐待事例を取り上げた虐待防止の冊子「利用者の明るい生活のために」を、職員が中心になって作成した。</p> <p>虐待防止・苦情解決委員会、リスクマネジメント委員会が積極的に活動を進めている。</p> <p>利用者の日中活動の環境について、備品の配置などのレイアウトを変更してすっきりさせ、清潔が保たれるように工夫した。</p> <p>支援員が利用者の声を聞いたところ、利用者からは、「今の生活に満足していない。ケアホームに住みたい。家族の近くに住みたい。」などの要望があった。</p> <p>利用者のQOLの向上に向けて振り返り、見直しをするために、サービス向上委員会を立ち上げた。</p>	<p>利用者の過ごしやすい生活環境について、検討してほしいと伝えた。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・トイレの尿臭が強い。 ・作業以外の活動の中で、特に余暇活動の提供が不十分である。 ・職員の意思疎通が不十分で、改善への取組みの効果が生かされていない。 </div> <p>日中活動の場は清潔ですっきりしていたが、居住スペースは雑然としており、よい環境とは言えないのではないかと伝えた。</p> <p>物理的な環境だけではなく、時間や空間の使い方、お金の使い方などをQOLの観点から見直していくことが必要である。</p> <p>地域移行可能な利用者には、家族へ「地域移行や成年後見制度利用」について、十分に説明を行い、進めていく必要があると助言した。</p>

職員会議を開き、サービス向上委員会の立ち上げ主旨を説明し、今後の取組みについて話し合った。

その結果、利用者や家族の声を聞くこと、職員の間から見て空間や時間の使い方、お金の使い方などの気付きを出し合うことが決められた。

（利用者・家族からの声）

- ・女子会がしたい。
- ・ひとりになるスペースが欲しい。
- ・おしゃれがしたい。
- ・外出や買い物がしたい。
- ・スポーツ大会で優勝したい。
- ・ダイエットしたい。

（職員の声）

- ・空間に工夫が無く、生活にうるおいがない。
- ・利用者が自分で外出できない。
- ・カーテンがちぎれたままになっているなど、備品がこわれても修理されない。
- ・いつも同じ服ばかり着ている。
- ・利用者と十分に会話をする機会がない。

これらの声を反映させるべく、サービス向上委員会で、対応を検討した。

◇サービス向上委員会で検討し、以下のような改善を試みた。

- ・施設内の生活スペースも一部レイアウトを変更した。
- ・空間を仕切り、支援のむずかしい利用者の居室の個室化を実現した。
- ・女性棟に食事スペースを設置した。
- ・運動スペースの確保が可能になった。
- ・成年後見人等が就任したことにより、お金の使い方を検討することができ、本人の希望による外出ができた。

サービス向上委員会の最初の会議に参加し、QOL向上にむけた取組みの進め方について、「支援スキル、ハード面、意識の問題などを区別して議論、検証していくことが必要ではないか、本人や家族のニーズをとらえる工夫が必要であること」等を助言した。

入所施設的环境が改善されたことで職員、利用者ともに「ゆとり」が感じられるようになった。

新設の日中活動の場所はスペースもゆったりし、個別的な支援が行われるようになった。

サービス向上委員会が虐待防止研修を実施した。

キャリア、年齢が様々な職員や非常勤職員も参加し、活発に議論がされ意思疎通もできるようになった。

支援を改めて見直すことが新たな気づきを生むことや会議の意義についても再認識ができた。

外部の目のあるところでの議論が、職員の意識の向上に役立ち、改善に自ら取組むよい機会になった。

5 現 状(取組み結果の状況)

- これまでの虐待防止・苦情解決委員会とリスクマネジメント委員会を発展的に統合して、利用者のサービスの質の向上に取り組んでいる。
- 委員会での議論の内容の共有化については、発信の方法を含めさらにチームアプローチがうまく進むように工夫を行う様になった。
- 委員会自体の評価や検証も行っていく予定である。
- 今後は、児童期の支援や重度の利用者の地域移行にも事業をひろげ取り組んでいきたい。
- 生活スペースの尿臭は、結果として改善できていなかったが、気づきや再認識を支援員から与えてもらった。ハード面については今後の継続課題となった。

6 施設の振り返り・感想

- 法人や施設が具体的に変わりだしている時期にサービス改善支援員の訪問があったため、取り組んできた改善や改革内容について第三者の意見を得る機会となり、改善について評価を得られることで、自信をもつことができた。
- 「苦情をサービス向上の契機と考えるように」という改善支援員のアドバイスは、自らのサービス改善に取り組む良い機会となった。



支援員からひとこと

- ・「不適切支援に対する指導を受けた」という事態に対して、利用者の立場に立った判断や検討を行い、施設全体をプラスの方向へ牽引し、支援の改善を図ったことには、かなりの苦労があったと思われる。職員自身が考え行動し、改善に取り組んだ点が評価できる。
- ・委員会の立ち上げという形からスタートし、冊子の制作を含め丁寧にサービス向上への取組みを常勤職員・非常勤職員と広げていき、施設全体としての取組みを実現した。情報共有や直接的なディスカッションも積極的に行っていて、実際の利用者支援に生かされている。

取組みテーマ

（5）生活拠点の変更への取組み

～本人の状況変化と施設機能のありかたを再検討し、
暮らし直しを試みる～

1 施設種別

障がい者支援施設（旧 知的障がい者入所更生施設）

2 概要

開設当初からの利用者の多くが、高齢化に伴う要介護状態に移行するなか、施設の持つハードおよびソフトの機能では、十分に対応することができなくなっていた。

施設としては、理事会や家族会と今後の対応について、検討することを共有してきた。

しかし、具体的な取組みは進んでおらず、今回具体的な検討を試みることとなった。

3 取組み前の状況・課題

- 施設の建物が、バリアフリー対応になっていない。
特に浴室には、スロープや機械浴槽等の設備が無かった。
- 嚥下機能の低下に伴う献立、介助方法、自助具等について試行錯誤しながら取り組んでいた。
- 転倒の危険性のある利用者には、一日中可能なかぎりスタッフが付き添っていた。
- 日中活動等については、利用者の身体状態の変化により、その取組みが難しくなってきた。

4 取組み経過	
【施設の取組み経過】	【サービス改善支援員の関与】
<p>* 担当フロア中心に *</p> <p>現在、Aさんの高齢化によって、「転倒」「入浴」「食事」を主とする介護面で大きな変化が生じており、職員も可能な限り24時間対応している。</p> <p>現在の担当者等は、入所時の状況や現在に至るまでの経過についてほとんど情報を持っていなかった。また、入所以前の情報もなかった。</p> <p>そのため、まず過去のAさんにまつわる情報や書類を中心に整理して、Aさん個人の理解を深めていく事になった。</p> <p>どれほど注意していても、転倒等は起こってしまい、直接その職員に非があるわけでもなくとも、精神的にはかなり負担になっていた。</p>	<p>【アセスメント】</p> <p>Aさん個人に関するアセスメントとともに、施設に関するアセスメントをヒヤリングや資料を活用して行った。</p> <p>「生活の歴史は？」「いつから現在の状態に？」「ご家族等親族関係は？」「現在の暮らしは？」「現在の暮らしのゴールは？」「職員の思いは？」「職員の負担は？」「ご本人の強みは？」それぞれ何が根拠になるのかを確認した。</p> <p>施設のハード・ソフト面での限界があるため、別の生活拠点に移ることの検討を提案した。</p> <p>また、それを検討していくプロセスで、Aさんには、担当職員や居室等への強い「こだわり」がなく、新たな「関係」「環境」へ適応していくことができる可能性があるのではないかと提案した。</p> <p>ほぼ24時間マンツーマンで対応している職員の、緊張や不安等はどうなっているかと質問した。</p>

<p>Aさんの両親はすでに他界されていて、本人は結婚歴がなく、兄弟は病弱な姉が一人いるが、面会にはなかなか来れなかった。施設が数年に渡り積極的に取組んできた結果、Aさんに第三者の成年後見人が選任されていたが、面会に来ることは少なかった。</p> <p>後見人には「支援計画」の更新時に来所してもらい、話をする機会を持っていた。 今年度の始めにも、その話題には触れていた。</p> <p>年度途中で、成年後見人に来所してもらい、「支援計画の変更」ということで、その内容を確認してもらった。またご本人の状況を、実際に会ってもらって認識をしてもらい、文書で同意を確認した。</p> <p>姉と成年後見人との話し合いで、「追い出される」という誤解が生じ、姉が施設に「どういうつもりか」と問い合わせてきた経緯があった。</p>	<p>【方向性についての合意】 Aさんの「現在のキーパーソンは？その人はAさんの現状をどのように受け止め、今後の暮らしの場やあり方について、どのように考えているのか」を質問した。</p> <p>成年後見人に、Aさんの現状と、別の生活拠点に移ることについて提案しようと考えた理由及び具体的な方針について理解を求める場はあるかを確認した。</p> <p>定期的に話す場で、その折々に話題にしていることは重要である。 さらに、それを理解してもらう時期を、いつにするのかを確認した。 理由や方針等を文章化することは考え方の整理をする上で、非常に有益である。</p> <p>【Aさんが別の生活拠点に移ることに向けての支援】 現在の施設における支援の限界と、Aさんにとってより適切な支援が受けられる場としてどのようなものがあるか、また、Aさんにとって、どこが一番これからの生活を送るうえでふさわしいのか等について、Aさんに関わる関係者が共有することが重要である。</p> <p>それぞれの思いを話し合うことで、施設内職員をはじめ、家族、関係者等が疑問を解消し、理解を深めていくことができる。同時に「どのようなプロセスを、どのようなスケジュールで、どのような役割分担を行っていくか」が明確になると助言した。</p>
--	--

Aさんを一番良く理解している職員が、直接姉と面談し、誤解を解き理解を得た。

住民票のある地元市町村の担当者（障がい部局）に連絡し、経過等を説明したところ、「他の施設へ移るということが具体的にになった時点で、どのような手続きが必要か等について詰めたと思うので、教えてください。」という返答であった。

今後は報告、連絡をしていく予定になった。

これまでは「方向性」を確認、あるいは「必要性」を説明するにとどまっていた。

そのため、具体的な施設等を検討するまでには至っていない。

- 地域：まずは、Aさんの地元から探す。
- 機能・施設環境：「介護」を日常的に行っていて、バリアフリーで、入浴等の設備も整備されている施設が望ましい。障がいサービスのみならず、高齢の介護保険サービス等も視野に入れ検討する。

直接担当しているフロアでは、日常の会話の中で、今回の取組みやこれまでの課題等について共有してきた。

フロア毎に開催されている会議では、報告等を通じて共有しており、直接Aさんを介護しているので、違和感はない様子である。

施設全体として、今後は全体共有する予定である。

【関係機関の了解や手続き】

Aさんにとって一番ふさわしい支援について考えていく上で、行政をはじめとする関係機関との調整や手続き等にもれはないかを確認した。

【次の生活拠点の検討】

「これまで具体的に検討した施設等はあるのか？」「どのような機能を重視するのか？」「どの地域を考えているのか？」を確認した。

【職員の理解と受けとめ】

施設職員間で「いつ、どのような機会に、どのような論点で、話し合い等を行ってきたのか？その際の職員の反応はどうか」を確認した。

<p>担当職員が候補に挙げた施設と連絡をとり、施設見学の予定日が決まった。</p> <p>これまでも、特に家族会には、抽象的な説明をしても十分に理解してもらえないと考え、具体的なAさんの例のように、実際の事例や状況をもとに、様々な話し合いや提案を行ってきている。</p> <p>今回の件についても、実際の事例を紹介し、今後は法人全体として取組んで行く予定である。</p>	<p>【具体的な取組；見学】 候補に挙げた施設等に、職員とAさんが一緒に見学に行く調整をしてはどうかと提案した。</p> <p>【その他の家族・成年後見人への啓発】 Aさんだけの問題ではなく、他の利用者の方も同様に抱える課題であるという認識であれば、今後家族会等への理解をどのように進めていくのかを質問した。</p>
---	--

5 現 状(取組み結果の状況)

- ・ すでにご本人には様々な工夫を行っても、直接「考えや思い」を聞き取ることは難しい状況であった。
- ・ 現場職員は、24 時間体制でAさんと向き合った経過を経て、「介護」中心の支援がバリアフリーになっていない現施設での限界を感じていた。
- ・ 普段からAさんに接する職員全体で、Aさんの現状及び今後を考えた際に、どのような場でどのような支援を受けて生活すれば、Aさんの生活がより豊かになるのかを検討し、姉・成年後見人とも話し合いの機会を持った。
- ・ 姉・成年後見人は、施設を移るということに、当初「追い出される」という感覚を持っていた。「本人の今後の暮らし」を中心に考えた提案だということを理解した後は、理解者へと変化した。

6 施設の振り返り・感想

3年間におけるこの事業を通じて、施設は困難事例を取り上げ課題整理し、実際の支援をイメージすることができた。

施設内で完結させる支援になっていたところ、本当に必要な個別の支援を考えた時に当施設以外の資源を有効活用する視点を意識するきっかけになり、有効な時間となった。

今後は、候補に挙げた施設等を見学させていただき、Aさんの生活をどのようにしていくかというところの摺合せを行う予定である。

それぞれの施設がお互いの強みを生かした支援を展開していけるようになれば良いと考えている。

また、このような展開が今後はさらにスムーズに行えるような制度の整備を進めていく必要があると思う。



支援員からひとこと

この事例においても、職員は可能な限り24時間対応をしてきたが、施設のハード・ソフト面の限界もあった。

支援員のアドバイスで、職員が「利用者に本当に必要な支援とは何か」を考える視点を持つ機会を得ることができた。

それぞれの施設等が持つ機能を、利用者が上手く活用し、暮らしていくという視点で別の生活拠点への移行を考え取組みはじめた事例である。

取組みテーマ

（1）虐待防止マニュアル等の整備を通じて、『虐待防止』について施設全体での理解を深める ～機能訓練を中心とした施設での取組み～

1 施設種別

障がい者支援施設（旧 肢体不自由者入所更生施設）

2 概要

平成23年度から、施設の虐待防止を目的とした「サービス改善支援員派遣事業」を2年間受けてきた。「概ね良好」という全体的な評価の中で「規定・マニュアルの整備」については低い評価となった。当施設では、施設内虐待は起こりにくい状況と認識していたが、今回の訪問を契機に虐待防止マニュアル等の整備を通じて「虐待防止」について施設全体での理解を深めていくこととした。

3 取組み前の状況・課題

- ・身体障がい者の機能訓練（リハビリテーション）を中心とした施設であり、利用者も職員も病院の延長線上の支援という意識があった。
- ・マニュアルについては、転倒事故防止や脳卒中、感染防止等に対する緊急対応は整備していたが、医療系マニュアルが中心であった。
- ・また、施設独自の職員倫理綱領や行動規範を整備していなかった。

（課題）

- ・利用契約制度の新サービス体系となって、限られた期間でより効果のある訓練を求める意識が利用者及び支援者双方に強まったこともあり、転倒防止などのマニュアル整備に力を注ぎ、それ以外のマニュアルの整備が進んでいなかった状況にあった。

4 取組み経過

- ・「サービス改善支援員派遣事業」を通じて、虐待防止に関するマニュアルや職員行動規範が未整備である状況が明らかになり、サービス管理責任者をはじめとする職員間にマニュアル等の策定が必要だとする意識が高まった。
- ・施設管理者から提案があり組織として虐待防止プロジェクトを立ち上げることとした。

【経過】

8月：施設管理者から施設独自の「虐待防止マニュアル」等の整備について全職員に通知。
虐待防止対応マニュアルプロジェクトチーム（職員4名）、職員倫理綱領・行動規範プロジェクトチーム（職員5名）を作り素案を作成する方針を出す。

☆情報収集からプロジェクトへの情報提供

- ・障がい福祉施設の虐待防止マニュアルや行動規範等、介護保険施設等のマニュアル等の資料を収集し、各プロジェクトに議論のための資料を提供する。

サービス改善支援員来所

- ・当施設の上記の取組みについて説明する。
- ・サービス改善支援員より、チェックリストの資料例を提示される。

9月：第1回虐待防止マニュアルプロジェクト会議

☆具体的に気づいたポイント

- ・他施設の虐待防止マニュアルは、利用者がパニック等精神的に不安定になったときの対応（不適切対応等）で、施設内虐待（支援者による）に陥る過程が明らかになり、参考となるものも多くあった。
- ・当施設での虐待に陥る可能性を検討した結果、例えば失語症の利用者へ話しかけることが少なくなってしまうたり、本人が訴えていることがわからず、気づかないうちに無視してしまうなどのネグレクトが想定された。また、利用者の特性から養護者による経済的虐待のリスクもあることに気づいた。
- ・各委員でできるだけ多く虐待の芽につながる事例を集めることとした。

10月：主任クラス会議

- ・虐待防止マニュアルプロジェクト会議の進捗説明、各主任からも虐待につながる可能性のある事例を集めることとした。

第1回職員倫理綱領・行動規範プロジェクト会議

- ・虐待防止マニュアルは、職員倫理綱領・行動指針が土台となるべき性質のものであるが、当施設では、何れも整備されていなかったため、同時スタートとなり、互いのプロジェクトが情報交換し、意見交換し合うことでより一体化した取組みが可能となった。

第2回職員倫理綱領・行動規範プロジェクト会議

- ・「当施設倫理綱領・職員行動指針（案）」が作成される。

主任クラス会議

- ・集めた事例を虐待につながる可能性のある事例として分類、整理を行う。
- ・全体で30事例ほど集まった。

11月：第2回虐待防止マニュアルプロジェクト会議

- ・虐待防止チェックリストの検討、虐待につながる可能性のある事例について事例集としてまとめるため掲載する事例を精査する。
- ・倫理綱領・行動規範プロジェクト会議から提出された、「当施設倫理綱領・職員行動指針（案）」の検討を行う。

- ・特に虐待防止チェックリストにおいては、職員用（通所、入所施設用の2種類）、組織用の計3種類のチェックリストを検討し、内容も詳細なものになった。ボリュームはかなりなものになったが、これをもとに年度末の完成を目指して、精査していくことで、職員間の虐待防止への意識を高めることが重要と思われる。

【今後のスケジュール】

- ・職員会議に「虐待防止マニュアル（案）」を提出し、全職員で検討していく。
- ・最終、施設管理者の承認を得た後、全体会議で確認し、全職員に周知する。
- ・単にマニュアルの完成を目的とするのではなく、「虐待防止に向けた全職員の共通認識の確認作業」が重要である。
- ・マニュアルを活用するために「参画（マニュアルの作成）⇒活用⇒点検⇒改善」のPDCAサイクルを用いて、より実践的な内容へ改善し、その作業を通じて全職員に虐待防止の意識の定着を図ることが重要と考える。

5 現状

- 情報収集した、障がい者支援施設や介護保険施設等の虐待防止マニュアルや倫理綱領・行動規範を参考にして、各プロジェクト委員でそれぞれの（案）を作成し、会議で持ち寄り議論した。結果、虐待防止マニュアルについては、介護保険施設のマニュアルを参考に、（目的）、（定義）、（体制）、（チェックリスト）の素案ができた。また虐待の芽に通じる事例については、精査中である。
- 特に事例を集めたり、チェックリストの項目を多くの職員が検討することで、虐待そのものの定義や、防止のために何が必要かが確認できたこと、またマニュアルや行動指針を作成する中で、職員全体で共有し、意義を深められる体験を得たことが大きい。

6 施設の振り返り・感想

➤虐待の芽になりうる事柄について職員間で共有した。

心身機能のリハビリテーションが基本にあり、脳血管障がいの再発防止に向けた心身の機能と健康の回復が支援方針にあること、また、転倒や発作の事故など発生すると生命の危険に発展するリスクが高いため、医療的ケアや緊急対応マニュアルの整備を優先させる必要があったことから、職員による施設内虐待に対する意識は、他の知的障がい等の障がい支援施設よりも希薄であり、職員による利用者への虐待はありえないと思いがちであった。

しかし、今回のマニュアル等の作成を通じ虐待の芽はどこにでもある、どこでも起こり得る可能性はあるということに改めて気づき、虐待の芽を意識して支援にあたることが重要だと職員間で共有した。

➤ 【 まとめ 】

今回は、虐待防止マニュアルの策定や、組織全体（職員全体）が虐待防止に取り組む意識を形成する上で「サービス改善支援員派遣事業」が契機となった。

また、マニュアル作成の立案から、事例検討など実際の作成にあたって、施設の全職員が関わることも、虐待防止を意識づける大きな要因になった。

今後は、虐待防止マニュアルや職員行動指針を画一的に活用するのではなく、PDCAサイクルに乗せ、実践的な虐待防止と、施設支援の質の向上に役立てていきたい。



ポイント

- ・施設内での障がい者虐待は、これまで重度の知的障がい者や行動障がいを示す障がい者に対する事例が多く、特に医学的リハビリテーションを中心とした施設や言語での意思疎通ができる利用者には虐待はありえないとの意識が生じがちであった。
- ・虐待防止マニュアルを作成するにあたって虐待の芽になる事例を集めてみたところ、そのまま放置すると虐待に陥ってしまう可能性のある事例を想定することができ、虐待のリスクを職員が実感することができた。
- ・身体的虐待だけでなく、心理的虐待、ネグレクトなど、わかりづらい虐待をどう意識するかということが重要になる。
- ・マニュアル作成を通じ、虐待の芽はどこにでもあり身近な問題として意識すること、単にマニュアルの整備に終わらず、どう活用するかPDCAサイクルに乗せ、絶えず見直し進化させる取り組みを続けることにより、虐待防止の意識が職員間に根付くものとなる。

取組みテーマ

（2）『与薬』に関するサービス改善への取組み
～平成 25 年度のサービス改善支援員の訪問を通じた、集中的な取組み～

1 施設種別

障がい者支援施設（旧 知的障がい者入所更生施設）

2 概要（背景）

平成 23 年度に利用者への服薬時の支援でミスが相次ぎ、大きな事故には至っていないもののリスクは高いと判断し、施設全体で話し合いを行い、服薬時の支援方法や薬の管理方法を含めて改善に努めてきた。

平成 24 年度 7 月から「ヒヤリハット報告」を、『気づき表』という形で集約する取組みを新たに開始し、1 年が経過した。その取組みの中で多く報告されるのが、服薬の支援に関する内容である。

平成 25 年度サービス改善支援員派遣事業を受けるにあたり、「ヒヤリハット」の取組みをより充実させるための助言を受けたいと希望した。

第 1 回目の訪問の打ち合わせにより、『与薬』をテーマに、事故報告・ヒヤリハット報告の分析から、現在の薬の管理や支援方法について見直す取組みを行うこととした。

具体的な手順として、以下の取組みを行う。

- ① ヒヤリハット・事故報告の件数・原因と対策の洗い出し
- ② 9 月のチーフ会で、①の資料をもとに意見交換
- ③ 各棟会議で意見交換
- ④ 9 月寮内研修でグループ討議
- ⑤ 10 月チーフ会で今回の取組みについて振り返る
- ⑥ 2 回目の訪問で報告し助言を受ける

3 取組み経過

① ヒヤリハット・事故報告の中の『与薬』に関する項目を洗い出し、分析するための資料を作成した。

【資料 1】＜事故件数に関する状況＞

年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度（8 月まで）
事故件数	24（12）	6（2）	3（1）
ヒヤリハット件数		（7 月から） 40	19

※事故件数：（ ）内は、与薬に関する事故の数字である

※ヒヤリハット件数：個別事例に特定されない内容のみの集計で、個別事例に関するヒヤリハットは別に集計