

<別紙1>

第三者評価結果報告書

①第三者評価機関名

公益社団法人神奈川県介護福祉士会

②施設・事業所情報

名称：丹沢レジデンシャルホーム	種別：施設入所支援
代表者氏名：岡西 博一	定員（利用人数）：50名(短期入所4名)
所在地：〒259-1302 秦野市菩提1711番地2	
TEL：0463-74-3303	ホームページ：https://www.jousei.or.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：1990年7月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人常成福祉会	
職員数	常勤職員：34名 非常勤職員 21名
専門職員	社会福祉士 3名
	介護福祉士 18名
施設・設備の概要	個室44室、2人部屋6室

③理念・基本方針

基本理念とメッセージ

<基本理念>

『自由・自主・自律』

社会福祉法人常成福祉会は、その設立趣意書に「従来の収容保護的な性格を排し、自由・自主・自律の精神を基調として、真の人間性が尊重された生活の保障—ノーマライゼーション（常成）の実現—をめざし、かつ居住環境の優れた施設づくりを目的として設立するものであります。」と記し、法人の基本理念を定めています。

<21世紀へのメッセージ>

自由とは 自主と自律の 調和から
拘束するな 孤立させるな

<制度改革へ向けてのメッセージ>

ただ支援するだけではなく
心地よいサービスをつくりたい
安心して暮らせる住まいを
楽しく過ごせるひとときを
必要とするすべての人々に支援すること

何よりも自由な環境で
何時も自主が尊ばれ
何処でも自律した生活が営めるよう
揺るぎない信念の下で支援すること

ごくあたり前のことを
ごくあたり前にできること

決して制度の先行きに左右されずに

これが私たちのあるべき姿なのです

④施設・事業所の特徴的な取組

- 地域で把握したニーズに応えるために、自主事業を中心に、これまで相談支援事業や緊急通報システム事業、日中一時支援事業などを展開してきた。また、地域自治会と地域での困りごとについて意見交換するための委員会を設置し、誰もが住みやすい地域づくりのために年に数回、イベントを協働で開催している。法人全体で、障害福祉にとどまらず、各事業所での個別支援、地域での各種会議、また独自の施策により、地域ニーズの把握と地域の中での解決のためのネットワークづくりに一貫して取り組んでいる。現在、新しいサービス提供拠点の運営開始の準備をすすめている。
- 権利保障システムを適切に運用している。苦情解決・サービスシステム（リスク・マニュアル・ライフサポート）・サービス評価・虐待防止などの視点から多角的に評価し、福祉サービスの質の向上を目指す体制が定着している。自己評価と利用者調査を毎年実施し、2つを合わせてサービス評価としている。以上を半期の評価として、権利保障システム実施報告書にまとめている。第三者評価も定期的に受審し、今回が7回目の受審となる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2024年5月9日（契約日）～ 2025年2月18日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	6回（2020年度）

⑥総評

- ◇事業所の特色や努力、工夫していること、事業所が課題と考えていること等
- 丹沢レジデンシャルホームは、「自由・自主・自律」を基本理念として、50名の障害者の自立した生活を支援している。施設開設時は身体的な障害のある居住者が中心だったが、現在は知的な障害を抱える方、精神的な障害のある方、強度行動障害のある方など、居住者の障害も多岐にわたっている。また、障害の重度化や高齢化が進んでいる。
- 居住者は4つの棟に分かれて日常生活を送っている。日中は、別棟の生活介護事業を利用したり、自室で過ごしたり、趣味活動などを行っている。2年前から実施している意思決定支援の取り組みの中で、地域の社会資源の活用の幅が広がり、現在、他法人の生活介護事業所に通っている居住者が複数名いる。
- 「意思決定支援」の取り組みを進める以前から、その方の過去や現在を知り、未来を考えながら支援内容を検討して目標を設定している。「意思決定支援」の取り組みの中でも、どこに住むかという選択だけでなく、日常生活の中での楽しみや活動、お墓参りに行くことなどを、自分で決められるよう、職員はよく話を聞き、困難なことは何か、どうすればクリアできるかなど一緒に考え、実現できるよう支援している。
- 意思表示の困難な方には、写真や動画を使ったり、パソコンで文字を打ち込んでもらい、意思を確認したりしている。タブレットを見て、スカイツリーに行きたいという居住者の思いは、リスクをひとつずつクリアして実現したりしている。言葉での意思表示が困難な方が増えてきており、その方の過去や生活の様子など、家族から情報を得ながら、本人の思いが実現できるよう支援している。
- 言語などで自らの意思を明確に伝えることが苦手な居住者には、クローズドクエッション（はい、いいえで答えられる質問）や文字盤、写真などを使って、コミュニケーションを図っている。地域で生活したいという希望がある方には、グループホ

ームの説明をするが、説明や写真だけではイメージがわからないため、実際にグループホームに行き、どのような生活ができるのかを見てもらっている。居住者の生活歴や趣味など、家族から情報を聞き、アセスメントシートに落とし込んでいる。職員は本人の好きだったことを把握して、居住者に話しかけている。

○居住者が自立した生活を送ることができるよう支援している。障害が重度化し、高齢化が進行する中、食事や排泄、入浴などの基本的動作の部分の介助が多くなってきているが、外出や活動などは、居住者が自分で決めている。ほとんどの方が車椅子利用で、うち2～3割の方が全介助となっている。居住者ができるだけ自分の生活を自分で考えていくことができるよう支援している。

○食事を大切にして、居住者からアンケートを取り、献立に反映している。季節を感じる献立、誕生会のメニュー、月1回のお寿司の日など、食の楽しみを工夫している。また糖尿病食やダイエット食などにも対応している。入浴は週3回行っているが、一般浴の利用が少なくなり、特殊浴槽を使った介助浴が多くなっている。ほとんどの居住者が、車椅子でトイレまでは行くことはできるが、ほぼ全員に介助が必要である。車椅子の移動や洋服の着脱など、多くの場面で介助の手が必要になってきている。

◇独自項目への取り組み

○事業所が次の取り組みを計画する「課題抽出項目」に取り組んでいる。「利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている」の項目に対して、職員が話し合いを行い、今後の具体的な取り組み内容を決めている。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

施設としての全体的な仕組みや取り組みを行政による監査などとはまた違った視点で振り返り確認することができました。今回で7回目の受審となりますが、組織の現在位置を確認するのに第三者評価はとても有効だと考えています。人材確保やその育成、設備の更新等を含む環境整備など、設立35周年という節目を迎えるにあたり、今後さらに個別支援をしっかりと行うための組織づくりを進めてまいります。

⑧第三者評価結果

別紙2のとおり

第三者評価結果

事業所名：丹沢レジデンシャルホーム

I 福祉サービスの基本方針と組織

1 理念・基本方針

(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	第三者評価結果
【1】 I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
<コメント> 法人の理念や基本方針は、職員に配布する「キャリアブック」に記載して、職員に周知している。また、非常勤の職員も含め、虐待防止の研修会を複数回開催して、その中でも理念や基本方針の話をしている。法人の理念や基本方針は、ホームページや広報誌「ぶなの森」に掲載し、居住者や家族、関係機関に情報を提供している。居住者の集まりは、月1回、居住者会議を定期的に開催している。また、その1週間前には、居住者の代表が集まる自治会役員会議を開いている。	

2 経営状況の把握

(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	第三者評価結果
【2】 I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
<コメント> 国や県、社会福祉協議会、全国身体障害施設協議会などからの情報を能動的に収集し、法令遵守や経営戦略に反映させている。また、居住者などの福祉ニーズを把握するため、居住者や家族、関係機関の声を聞いている。市の障害者福祉計画及び障害福祉計画、地域福祉活動計画などの計画も参考にしている。職員に必要な情報は、棟会議の場などで、サービス管理責任者から職員に内容を説明している。	
【3】 I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b
<コメント> 障害者支援施設の利用ニーズや、施設機能のあり方の変化などから、利用申込は減少傾向にある。施設の整備計画として、10年をかけて利用定員を減少することとしているが、収支バランスが安定しにくい状況にある。また、人材の確保については厳しい状況が続き、慢性的な課題となっている。これらの状況については、役職者との共有を適宜行い、総合会議や運営会議で概要を説明しているが、全職員に対し、詳細に至る共有は行っていない。	

3 事業計画の策定

(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	第三者評価結果
【4】 I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a
<コメント> 法人として、10ヶ年の施設整備計画を策定している。現在の計画は第5次の計画で、法人の理念や基本方針を基礎として、国の社会福祉の考え方や動向、地域のニーズを参考に策定している。第5次施設整備計画では、入所定員を40人に減らして短期入所枠を増やすこと、新しいサービス提供の拠点を作ることなどを計画している。計画の進捗状況は、総合会議で成果と課題を確認し、評価は理事会や評議員会で行っている。	
【5】 I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b
<コメント> 中・長期の計画を反映して、単年度の事業計画を策定している。また、提供する福祉サービスの質の向上を目指した内容となっている。具体的には、事業計画書の重点目標に位置付けている。今年度の重点目標は、①居住者の意思決定支援に係る質の向上、②災害対策の強化、③居住者及び職員の健康管理、感染症対策の徹底、④食の満足度と栄養ケアマネジメント、衛生管理を意識した食事の提供の4点をあげている。	

(2) 事業計画が適切に策定されている。

【6】 I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
--	---

<コメント>

単年度の事業計画案は、日常的に確認されている各種意見や、サービス評価の結果を踏まえて、施設長とマネージャーで策定している。策定した事業計画案は、法人の幹部によるヒアリングを受けて承認されている。事業計画は、中・長期の計画を反映している。また、提供する福祉サービスの質の向上を目指した内容となっている。サービス評価は、年1回、サービス評価部会が評価表を配って実施している。

【7】 I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
--	---

<コメント>

事業計画は、計画のポイントを明確にして、文言をわかりやすくしたものを別に作成して、職員と居住者に、申し送りや自治会役員会議、居住者会議の場で説明している。また、施設内に常時掲示している。家族会の組織はなく、文書での事業計画の配布はしていない。家族には、広報誌「ぶなの森」で、活動状況などを伝えている。

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	第三者評価結果
【8】 I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a

<コメント>

権利保障システムを適切に運用している。苦情解決・サービスシステム(リスク・マニュアル・ライフサポート)・サービス評価・虐待防止などの視点から多角的に評価し、福祉サービスの質の向上を目指す体制が定着している。自己評価と利用者調査を毎年実施し、2つを合わせてサービス評価としている。以上を半期の評価として、権利保障システム実施報告書にまとめている。第三者評価も定期的を受審し、今回が7回目の受審となる。

【9】 I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a
---	---

<コメント>

前年度の事業報告書に、その年度の重点目標と主な取組を記載している。それらの評価結果を基にして、次年度の課題と重点目標をまとめ、職員にも共有の上、いつでも閲覧できるようにしている。改善策の案は、一般の生活員などからの意見も踏まえた上で、マネージャーが定め、実施段階で細かい修正を担当者が加えていく流れをとっている。

II 組織の運営管理

1 管理者の責任とリーダーシップ

(1) 管理者の責任が明確にされている。	第三者評価結果
【10】 II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a

<コメント>

担当部門会議や棟会議には、施設長も参加して、ポイントポイントで話をするようにしている。また、ICT(情報通信技術)を活用して、施設長からのメッセージを発信している。また、法人の30年記念誌にも、施設長のメッセージを掲載している。施設長の権限や責任については、各種規程や職務基準及び職務要件書に具体的に記載している。不在時の権限委任などについては、事務分担及び各種対応マニュアル(災害や感染症発生時など)に示している。

<p>【11】 II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。</p>	<p>a</p>
<p><コメント></p>	
<p>国や県、社会福祉協議会、全国身体障害施設協議会などからの情報を能動的に収集し、法令遵守や経営戦略に反映させている。市の障害者福祉計画及び障害福祉計画、地域福祉活動計画などの計画も参考にしている。また、法人の総会議や運営会議などに施設長が参加して、幹部職員との情報共有を行い、相互補完の体制を整えている。職員へは主に役職者に対し、新たな情報や変更などが生じた場合に周知し、内容によって具体的な取り組みについて、共有、指示を行っている。</p>	
<p>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>	
<p>【12】 II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。</p>	<p>a</p>
<p><コメント></p>	
<p>権利保障システムの運用は、役職者などの支援現場の職員が中心になって実施しているが、課題や内容に応じて施設長が関与し、管理者としての役割を遂行するようにしている。ただし、トップダウンは避け、役職者との役割分担と報連相を軸にして取り組んでいる。常勤の職員は、年度初めの4～5月と、年度の中間の10～11月の年2回、Do-CAP面接に取り組んでいる。一般職員はマネージャーと、役職者は施設長と面接し、それぞれの職務に関する状況を確認している。</p>	
<p>【13】 II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。</p>	<p>b</p>
<p><コメント></p>	
<p>障害者支援施設の利用ニーズや、施設機能のあり方の変化などから、利用申込は減少傾向にある。施設の整備計画として、10年をかけて利用定員を減少することとしているが、収支バランスが安定しにくい状況にある。また、人材の確保については厳しい状況が続き、慢性的な課題となっている。業務の効率化を高めるため、記録類のICT化に取り組む他、個別支援の質の改善を目指し、意思決定支援の取り組みを導入し、現在も継続中である。</p>	

2 福祉人材の確保・育成

<p>(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。</p>	<p>第三者評価結果</p>
<p>【14】 II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。</p>	<p>b</p>
<p><コメント></p>	
<p>福祉人材の採用は、法人が担当し、検討と取り組みを行っているが、新採用及び中途採用とも、十分な職員採用には結びつかず、継続した課題となっている。特に、女性職員の確保がとて難くなっている。福祉人材の育成に関しては、実践教育委員会などが組織されており、キャリアパスにおいて明確にしている。専門職の配置及び育成においては、介護福祉士やサービス管理責任者の資格取得支援を行っている。具体的な支援として、受験料や通信教育の費用などの補助を行っている。</p>	
<p>【15】 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p>	<p>a</p>
<p><コメント></p>	
<p>人事管理規程にて、賃金や雇用に係る事項を示す他、教育及び評価を定めている。年1回、人事考課を実施している。人事考課は、考課表を用いて職員本人と上司が評価し、面接を通して、意向などを確認する機会を設けている。自己申告書は、センター長に提出している。また、法人が求める職員像や倫理綱領をキャリアブックで示し、職能要件や職務基準を示している。これらを基本に、課題に対して改善策を検討、実施している。</p>	
<p>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>	
<p>【16】 II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</p>	<p>b</p>
<p><コメント></p>	
<p>職員が働きやすい職場作りとして、職務手当などを増額した報酬改定を行う他、残業を減らす取り組みを行い、夏休や冬休を半日でも取得できるようにしている。また、長期休暇を取得できるよう取り組んでいる。就業規則や組織職制規程、各種休業規程などを整備し、新たに適用される事項については、運営会議を通して、職員に周知している。総合的な福利厚生及びワーク・ライフ・バランスの環境整備は、人材確保の厳しさも影響し、継続した取り組みが必要と捉えている。</p>	

(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

【17】 II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
--	---

<コメント>

職員に配布するキャリアブックに、期待する職員像を示している。年2回の定期面接の他、個別の面接も不定期に行っている。年度末に向けて作成する個々の評定書や自己申告書における自己分析は目標管理に近い内容になっているが、個々へのフィードバックの方法が明確でないため、目標管理の手法としては課題があると捉えている。

【18】 II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
--	---

<コメント>

全職員に配布するキャリアブックには、階層ごとに必要とされる研修についても明記している。キャリアブック及びキャリアパスについては、実践教育委員会が更新及び修正を行っている。新任職員へは、育成担当、チューター制を導入し、それぞれの習得状況に合わせた指導、育成を行っている。新任職員は2ヶ月間、チューターについて動き、1年間は指導を受けている。また、2年目以降も配属された棟内でフォローアップを行っている。非常勤の職員に対しても、窓口となる指導職員を置いている。常勤職員は年2回、業務管理シートを用いたDo-CAP面接に取り組み、年末にはキャリアパスに沿った評定書の作成を行っている。

【19】 II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
--	---

<コメント>

外部研修については、実践教育委員会の研修チームとマネージャーで、職員への情報提供や外部研修への派遣者を決めている。また、研修チームは、権利保障や虐待防止研修などの内部研修についても、企画、実施している。新任職員については、新卒、中途採用を問わず、平均2日間の研修を設け、社会人としてのマナーから、法人理念、事業所ごとの内容について学んでいる。

(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

【20】 II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
--	---

<コメント>

社会福祉士と介護福祉士の実習には、それぞれ別の窓口担当を決め、実習生の受け入れを行っている。また、教員、社会福祉士、介護福祉士の実習種別ごとに、実習プログラムを整え、学校の担当者とも連絡を取り、担当教員の巡回時には実習中の状況報告を行っている。今年度、教員の実習は10数名受け入れ、社会福祉士の受け入れ人数は前年度に比べ倍増している。実習終了時には、実習生を対象にアンケートを実施し、次の受け入れに活かしている。

3 運営の透明性の確保

(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。

第三者評価結果

【21】 II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a
---	---

<コメント>

ホームページに活動内容を掲載し、運営の透明性を確保する情報の公開を行っている。また、施設内の掲示板に随時情報を掲示、更新している。広報誌「ぶなの森」を地域に配布する他、地域連絡調整会議を開催して、地域に向けて施設の役割や機能を紹介している。福祉サービス第三者評価を定期的に受審して、内容を公開し、運営の透明性の確保に努めている。

【22】 II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
---	---

<コメント>

事務や経理、取引などに関するルールや規程を整備し、公正で透明性の高い適正な経営や運営に努めている。内部監査を実施する他、月1回、外部の会計士による定期的な監査を実施し、経営や運営状況の確認を行っている。社会保険労務士など、外部の専門家の指導も受けている。

4 地域との交流、地域貢献

(1) 地域との関係が適切に確保されている。	第三者評価結果
<p>[23] II-4-(1)-① 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>2年前から施設全体で取り組んでいる意思決定支援の展開の過程で、地域の社会資源に関する情報収集の幅が広がり、見学や体験に留まらず、施設から他法人の通所事業所に通うようになった居住者が複数名いる。以前は職員の付き添いで外出がほとんどだったが、外出に介護タクシーや福祉有償運送の業者を利用する居住者もいる。職員は情報収集や事前の調整を行い、ボランティアの維持、新規開拓に努め、外出する機会がなかなか持てない居住者にも、職員や家族以外の人と交流する機会を設けている。</p>	
<p>[24] II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。</p>	b
<p><コメント></p>	
<p>法人や県社会福祉協議会のホームページで、ボランティアの募集は行っているが、一般のボランティアの応募は少ない。今後も募集は継続して行っていく予定だが、ボランティア活動への参加呼びかけは、手掛かりがないのが実情である。趣味活動の講師などの技術ボランティアや、買物付き添いのボランティアは定期的に活動しており、コロナ禍は開催を中止していたが、年1回、ボランティアとの意見交換を行うボランティア連絡調整会議を開催している。</p>	
(2) 関係機関との連携が確保されている。	
<p>[25] II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>湘南西部圏域・地域自立支援協議会とその部会、関係機関との連絡会などに出席して、意見交換や地域課題を共有している。そして、必要な資源や体制のあり方を、ネットワークの中で考えることで、資源の開発や運用の工夫に努めている。施設から障害者グループホームへの移行が多く見られることから、圏域のグループホーム連絡会と意見交換を行うなど、グループホームとのつながりの充実を図っている。また、県の地域生活移行推進人材養成研修を受け、通所事業所の連絡会に参加して、横のつながりを強めている。湘南西部圏域の事業では、機関紙「ナビだより」を発行して、事業への理解と協力を求めている。</p>	
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
<p>[26] II-4-(3)-① 福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>創立以来、独自の地域福祉計画を策定し、地域の中の社会福祉法人としての役割の発揮に努めている。20年前から、有期限で数ヶ月単位で利用する「ミドル入所」を始めている。地域生活を円滑にすすめるために、その方の暮らしを総合的に支援する取り組みとして機能している。現在は、グループホームへの移行や、将来の生活の場を選ぶための支援の一環で活用する人も増えている。地域で生活を送る障害者が、少しでも長く生活を継続してほしいことから、短期入所の枠も増やしている。</p>	
<p>[27] II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>地域で把握したニーズに応えるために、自主事業を中心に、これまで相談支援事業や緊急通報システム事業、日中一時支援事業などを展開している。また、地域自治会と地域での困りごとについて意見交換するための委員会を設置し、誰もが住みやすい地域づくりのために年に数回、イベントを協働で開催している。法人全体で、障害福祉にとどまらず、各事業所での個別支援、地域での各種会議、また独自の施策により、地域ニーズの把握と地域の中での解決のためのネットワークづくりに一貫して取り組んでいる。新しいサービス提供拠点の運営の開始を予定している。</p>	

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施
1 利用者本位の福祉サービス

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	第三者評価結果
【28】 Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針は、施設内掲示板への掲示や、設立の趣意書とともに配布している。倫理要綱も作成し、施設内研修などを通じて、職員が理解に努めている。虐待防止研修は年1回は開催している。また、個人、組織それぞれのレベルで自己評価を実施している。2年前より、居住者に対して意思決定支援に関する取り組みを行い、居住者の意向を尊重している。各種個別支援会議（意思決定支援会議）の開催のあり方、参加者の選定の工夫を通して、支援の質の向上に努めている。</p>	
【29】 Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>プライバシーの保護に関する規程やマニュアルを整備し、その内容に沿ってサービスを提供している。建物の構造が古くなっているため、特に排泄や入浴などの身体を他者に見られやすい場面における環境設定は十分とは言えないため、その点に配慮した対応を心がけている。居住者からあげられるプライバシーに関する要望には、丁寧に回答できるよう、組織的に検討し、取り組んでいる。</p>	
福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	
【30】 Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b
<p><コメント></p> <p>紹介するパンフレットのデザインは、見やすく理解できるという内容になっておらず、工夫の余地があると考えている。ただし、見学者には施設長やマネージャー、直接の担当者が個別に付き添い、丁寧な説明を原則として、きめ細やかな対応をしている。個々の障害に応じて、動画で館内の様子を説明するなど、柔軟な対応を行い、利用希望者側に立った説明も行っている。丁寧な説明を心がけているため、特に課題はないと捉えている。</p>	
【31】 Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b
<p><コメント></p> <p>居住者の自己決定を常に尊重するとともに、意思決定が困難な入居者への説明については、障害を含む個別の状態像に配慮することを旨としている。個別支援会議（意思決定支援会議）の開催に組織的に取り組んで、入居者の意向の汲み取りにつながるよう工夫している。</p>	
【32】 Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>施設から地域移行する際には、これからの生活イメージ作りから始め、利用を希望するサービス（インフォーマルを含む）を組み立て、実際に体験してもらっている。また、関係する機関や団体、個人の調整を行った上で、移行している。環境が著しく異なる場合が多く、希望をもって新しい生活を送っている方が多い。移行後の生活が従前の生活と異なり、問題が発生する場合には、支援者、本人と協力して解決している。状況に応じて、施設の短期入所を利用するなどの対応を行っている。</p>	
(3) 利用者満足の向上に努めている。	
【33】 Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>居住者は、毎年、利用者評価を行っている。法人内にサービス評価部会を置き、必要に応じて、評価項目を変更したり、より居住者が評価、選択しやすいよう検討している。また、居住者のニーズや想いと、職員の想いのずれを把握、検証し、改善できるものとできないものの整理及び報告を行っている。毎月の自治会役員会議や居住者会議において、意見や要望などの確認を行っているが、利用者評価は施設のサービスや質を向上させるために行っており、必ずしも、利用者の個別の満足の向上を目的とはしていない。</p>	

(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

【34】 Ⅲ-1-(4)-①
苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。

a

<コメント>

苦情解決のシステムを整えている。居住者からの訴えは、苦情の芽として捉え、報告・共有している。また、居住者から上げられた訴えの取りこぼし防止に努めている。プライバシーへの配慮から、解決結果の公表は行わない体制をとっている。ただし、必要がある案件については、自治会役員会議や居住者会議にて、対策部分に特化して報告している。また、権利保障システム実施報告書で内容を報告している。

【35】 Ⅲ-1-(4)-②
利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。

a

<コメント>

苦情解決責任者や苦情受付担当者名その他、第三者委員、障害のある当事者相談員としての、かながわ身体障害福祉ネットワーク（K-フレンド）の案内を、居住者の見やすい場所に掲示して、いつでも相談ができる体制を整えている。掲示板には、自治会のお知らせなどを掲示し、情報発信に努めている。また、自室以外の相談スペースを随時確保して、内容に応じた対応を講じている。

【36】 Ⅲ-1-(4)-③
利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。

b

<コメント>

居住者からの意見や相談は、日常の介助場面や自治会役員会議、居住者会議、かながわ身体障害福祉ネットワーク（K-フレンド）の巡回相談などで聞き取り、内容に応じて、生活日誌や個人記録への記載、苦情解決システムの活用、自治会との協議などにつなげ、解決に向けて対応している。対応内容は、担当部長を通じて、法人の役員へ報告している。意見箱は設置しているが、取り扱いに課題があった。ただし、年1回のサービス評価を含む様々なツールやシステムでカバーしており、適切な対応ができておりと捉えている。

(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

【37】 Ⅲ-1-(5)-①
安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。

a

<コメント>

リスクマネジメント委員会の名称はないが、職場内のリスクに対する体制は確立している。リスクが発生した際には、報告書の提出（全体への共有）を徹底している。再発が懸念される事象は、棟会議やLCG（ライフケアグループ）会議で取り上げることで、全体で検証している。誤与薬や誤嚥などのリスクの高い事象については、内容、発生頻度などを踏まえ、必要時には全体研修や防止キャンペーンと題したOJTなどにつなげている。ICTの導入により、データの分析や傾向の把握などが容易になっている。

【38】 Ⅲ-1-(5)-②
感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。

a

<コメント>

感染症対策における管理体制やマニュアル（BCPを含む）及びフローチャートを整備し、感染症発生時の職員の迅速な対応と拡大防止につなげている。行政や地域の感染症に関する情報をいち早く共有することで、職員意識を高める体制ができています。また、自治会役員会議や居住者会議を通じて、居住者にも注意喚起を行っている。感染症の発生が確認された場合は、各部署に周知し、感染拡大の防止に努めている。

【39】 Ⅲ-1-(5)-③
災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。

b

<コメント>

防火管理委員会を設置し、月1回、法人全体または事業所単位で防災訓練を行うなど、居住者の安全確保に向けた取り組みを行っている。防災訓練時に、訓練用の消火器を使用し、取り扱い方の訓練を行ったり、消防署との電話対応も確認している。各災害に対する対応体制（フローチャート）や、備蓄の管理者の決まりはあるが、休日の職員の安否確認や、フローチャートの種類が多く、理解されていない状況もある。居住者からの声もあり、近隣での災害発生時の想定訓練も行っている。

2 福祉サービスの質の確保

(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。	第三者評価結果
<p>【40】 Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>直接、間接業務それぞれに、サービスマニュアルを整備している。手順が複雑な内容や多くの職員が関わるものなどは、新人でもわかりやすいよう、フローチャート化して、統一した支援を提供できるようにしている。対応した職員が疑問や気付きなどを報告し、共有するシステムがあり、改善につなげる取り組みを行っている。状況の変化が発生しやすい入浴や食事などについては、委員会やチームを設置し、課題の把握や解決に向けて、日頃より、話し合いを行っている。</p>	
<p>【41】 Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。</p>	b
<p><コメント></p>	
<p>サービスマニュアルの更新に関するガイドラインを定め、常に見直しを行っている。現場職員が困惑しやすい内容及び災害対策関連のフローチャートは随時更新するなど、各担当者が課題を把握して見直しに取り組んでいる。サービスマニュアルを基に、居住者個人のケアマニュアル（個人マニュアル）の内容も検討し、生活課題など、必要に応じて支援計画に反省している。その策定に当たっては、居住者個人と十分に話し合いを行っている。</p>	
(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	
<p>【42】 Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>個別支援計画については、マニュアルや所定の手法、手順に沿って策定している。アセスメント手法についてもマニュアルがあり、その内容に沿って実施している。現行のマニュアルにはない新たな手法も取り入れるなど、今後、居住者の状態像の変化に応じて検討する必要があると思われる。その他、居住者の個別の状況により実施状況は異なるが、必要に応じて、各居住者に必要な支援、サービスを提供している。</p>	
<p>【43】 Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>個別支援計画の見直しは、マニュアルや所定の手順に沿って実施している。また、マニュアルに沿った対応のほか、居住者個々の状況に応じて、棟会議やサービス管理責任者との協議を通じて検討している。また、居住者の個別状況により、モニタリングの実施状況は異なっている。ライフサポートマニュアルに基づき、再アセスメントし、話し合いを行っている。</p>	
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	
<p>【44】 Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>ICTを導入したことから、生活日誌や個人記録、個別支援計画書などの確認が容易になり、職員の負担軽減と業務の効率化につながっている。また、他の部署の保健医療や栄養管理、相談事業でも導入が図られるようになったことで、必要な情報を共有できる体制ができています。記録する職員で差異が出ないように、チーフやリーダーが毎月の個人記録を確認し、日々の生活日誌は全職員が目にして、必要に応じてOJTの実施につなげている。</p>	
<p>【45】 Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	a
<p><コメント></p>	
<p>法人全体で個人情報の取り扱いには力を入れており、Pマーク（プライバシーマーク制度）も取得している。職員指導の際には、個人情報の持ち出しによる漏洩防止のため、規程に則り説明を行っている。医療機関などに情報を提供する際には、本人及び家族へ「第三者機関へ提出する同意書」に署名をもらい、外部機関への提出を行っている。記録の管理や個人情報の保護については、必要時に個別に説明、指導を行っている。</p>	

第三者評価結果

事業所名：丹沢レジデンシャルホーム

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-(1) 自己決定の尊重	第三者評価結果
【A1】 A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a
<コメント>	
「意思決定支援」の取り組みを進める以前から、その方の過去や現在を知り、未来を考えながら支援内容を検討して目標を設定している。「意思決定支援」の取り組みの中でも、どこに住むかという選択だけでなく、日常生活の中での楽しみや活動、お墓参りに行くことなどを、自分で決められるよう、職員はよく話を聞き、困難なことは何か、どうすればクリアできるかなど一緒に考え、実現できるよう支援している。意思表示の困難な方には、写真や動画を使ったり、パソコンで文字を打ち込んでもらい、意思を確認したりしている。タブレットを見て、スクリーンに行きたいという居住者の思いは、リスクをひとつずつクリアして実現したりしている。言葉での意思表示が困難な方が増えてきており、その方の過去や生活の様子など、家族から情報を得ながら、本人の思いが実現できるよう支援している。	
A-1-(2) 権利擁護	第三者評価結果
【A2】 A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a
<コメント>	
倫理綱領を策定し、法人全体で定期的に権利擁護の研修会を開催している。また、虐待防止委員会も設置している。施設長やサービス管理責任者などによるサービスマニュアルの活用や研修会を開催している。居住者は精神面ではしっかりしている方が多く、若い職員は居住者から言葉遣いについて注意を受けることがある。また職員同士で気になった言い方などは、お互いに注意し合っている。身体拘束については、職員全体に周知している。車椅子を利用している居住者がほとんどだが、車椅子の安全ベルトは拘束と捉え、手順通りに対応している。	

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本	第三者評価結果
【A3】 A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
<コメント>	
自由・自主・自律を法人の理念に置き、居住者が自立した生活を送ることができるよう支援している。障害が重度化し、高齢化が進行する中、食事や排泄、入浴などの基本的動作の部分の介助が多くなってきているが、外出や活動などは、居住者が自分で決めている。ほとんどの方が車椅子利用で、うち2～3割の方が全介助となっている。食事でも全介助が増え、入浴も特殊浴槽を使用する方が増えてきている。そのため、対応が難しい希望もある。居住者ができるだけ自分の生活を自分で考えていくことができるよう支援している。	
【A4】 A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a
<コメント>	
言語などで自らの意思を明確に伝えることが苦手な居住者には、クローズドクエッション（はい、いいえで答えられる質問）や文字盤、写真などを使って、コミュニケーションを図っている。何かをやりたいができないため職員を呼び、「〇〇をやってほしい」などの依頼は、その方のジェスチャーや表情を確認して支援している。地域で生活したいという希望がある方には、グループホームの説明をするが、説明や写真だけではイメージがわからないため、実際にグループホームに行き、どのような生活ができるのを見てもらっている。居住者の生活歴や趣味など、家族から情報を聞き、アセスメントシートに落とし込んでいる。職員は本人の好きだったことを把握して、居住者に話しかけている。	

【A5】 A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a
--	---

<コメント>

日常の介助場面や、個別支援の時間の中で、意向を聞きだし、その情報や内容を必要に応じて棟役職者、サービス管理責任者と共有している。その思いや、体験した内容などを踏まえて継続的に意向を確認し、フェルトニーズだけでなく、よりリアルニーズに近づけるように支援している。また、自らの意思を言語で表現することが難しい方については、特に体験することを大切に、様々な物事に触れられるように検討しているが、実際の支援において施設外のサービスを活用することも難しく、外のサービスの少なさにも限界はあると考えている。少なくとも毎月1回は必ずニーズにおける状況、意向を確認する面接場を設けており、支援や関わりにおいても意思決定に繋がるように工夫しているが、人員不足の問題、直接介助・支援の時間の都合上、面接機会やそのための時間を業務中に確保することは難しい状況にある。

【A6】 A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	a
--	---

<コメント>

居住者のニーズを把握し、実現につながるよう、地域ボランティアによる華道クラブや音楽クラブ、職員によるアクティビティとしてカラオケやアロマセラピー、手工芸、スポーツではポッチャ、ボーリングパレーなどを行っている。華道クラブに参加し、自分で育てた花を生けたいと、花を育てている居住者もいる。自分の好きな活動を、それぞれの個別支援計画に沿って行っている。

【A7】 A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
---	---

<コメント>

行動障害のある方は、自分の思いが伝わらなかった時など、他害や大声、自傷などが見られることがある。その時には、まずは他の居住者に危険が及ぶのを避け、クールダウンのため本人は居室に戻ってもらっている。本人の気持ちが落ち着いてから、何が言いたかったのかをゆっくりと聞き、思いを解決できるよう支援している。車椅子を叩く方には、緩衝材で怪我防止のためのガードを職員が手作りしている。外出をしたいが、様々な理由ですぐ出かけられない時もあり、本人に繰り返し説明している。

A-2-(2) 日常的生活支援	第三者評価結果
-----------------	---------

【A8】 A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的生活支援を行っている。	a
---	---

<コメント>

食事を大切にして、居住者からアンケートを取り、献立に反映している。季節を感じる献立、誕生会のメニュー、月1回のお寿司の日など、食の楽しみを工夫している。また糖尿病食やダイエット食などにも対応している。入浴は週3回行っているが、一般浴の利用が少なくなり、特殊浴槽を使った介助浴が多くなっている。ほとんどの居住者が、車椅子でトイレまでは行くことはできるが、ほぼ全員に介助が必要である。車椅子の移動や洋服の着脱など、多くの場面で介助の手が必要になってきている。

A-2-(3) 生活環境	第三者評価結果
--------------	---------

【A9】 A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	b
---	---

<コメント>

平成2年の開所で、建物が老朽化しているため、安全面には特に配慮している。施設は山の斜面にあり、日当たりは良いが、建物内は広く、廊下はエアコンが設置されていないため、扇風機を置いたりして工夫している。特にここ数年は猛暑が続き、冷気確保のために職員は苦労している。建物内は職員が掃除をして、常に清潔を保っている。居室のベッドにはナースコールがあるが、その方が安心してすぐ使えるように、タッチタイプ、手に付けるタイプ、レバーを引くタイプなどを準備し、麻痺のある方にはナースコールを健側（障害のない側）に置くなど、本人が安心して使えるよう工夫している。

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練	第三者評価結果
【A10】 A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>月2回、理学療法士を中心に、リハビリ計画書に基づき、機能訓練を行っている。本人の可動域を見てもらい、日常生活でできることを、リハビリ担当の職員が指導を受けている。リハビリ担当職員が他の職員に内容を伝えて、日常生活の場での生活リハビリを行っている。理学療法士は食事の時の居住者の嚥下状態などを確認し、栄養士に食事のアドバイスも行っている。居住者にはできるだけ身体を動かしてもらうよう、足漕ぎの車椅子も2台用意して、居住者に使用してもらっている。</p>	
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援	第三者評価結果
【A11】 A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a
<p><コメント></p> <p>食事や排泄、入浴時などの健康状態は、栄養士や看護師と連携して、毎日確認している。毎日、朝夕の2回、体温測定を行い、その日の健康状態の把握に努めている。月1回、体重測定を行い、急激に体重が減少した場合は、看護師や栄養士、医師と相談の上、補助食を提供することもある。看護師は2名おり、嚥下の状況確認や薬の管理を行う他、健康管理に関する研修などを担当してくれている。内科の医師は週2回、精神科、整形外科の医師は月1回、往診に来てくれている。</p>	
【A12】 A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	b
<p><コメント></p> <p>医療的ケアを実施し、マニュアル類も整備している。胃ろうを造設している居住者や、吸引が必要な居住者がおり、看護師が対応していることが多い。夜間や休日、祝日に吸引が必要となった時は、看護師にオンコールして指示を仰ぎ、マニュアルに沿って実施することがある。糖尿病や精神科受診などは、職員が付き添い、診察を受けている。薬の管理は看護師が行い、与薬は生活員がマニュアルに沿って行っている。高齢に伴い誤嚥が多くあり、OJT研修を行ったり、法人全体で「誤嚥防止キャンペーン」を実施したりしている。</p>	
A-2-(6) 社会参加、学習支援	第三者評価結果
【A13】 A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>以前は居住者が市内の小学校へ行き、子どもたちの前で障害がある立場で話をしたり、社会的な活動を行うことができていたが、現在は高齢化や障害の重度化が進み、難しくなっている。個人で電動車椅子を操作し、市内の床屋に行ったり、また、海老名でウィンドウショッピングを楽しんで帰ってくるなど、個人の楽しみで社会に出ることだけになってきている。楽しむための社会参加となっている。グループホームへの見学に、タクシーで出かける方もいる。</p>	
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	第三者評価結果
【A14】 A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>本人がイメージしている地域生活と、現実での生活の状況がかけ離れているケースが多い。説明だけでは現実の生活が見えづらく、実際にグループホームを見学してもらうことが多い。地域生活の希望があっても、住居の問題や自立度の問題、金銭の問題など、リスクは大きい。今年度、グループホームでの生活に移行した方がおり、以前から地域で一人暮らしをしたいという希望があったが、食事や入浴、洗濯、部屋の片付け、掃除などをどうするか、相談員と繰り返し話し合い、グループホームでの生活に納得して移行している。</p>	

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	第三者評価結果
【A15】 A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a
<コメント>	
居住者の高齢化が進み、同時に家族の高齢化も深刻な問題になっている。父母が亡くなり、兄弟が関わるケースも多くなってきている。成年後見制度を活用している方は4~5人いる。実際に面会に来る家族は5人くらいであり、とても少ない。こちらから電話をかけ、本人の状況や事務的な報告などを連絡することが多い。定期的な連絡の他、体調変化時などは随時連絡しながら、家族との交流を図っている。家族から成年後見制度を使いたいが、制度のことを教えてほしいなどの相談がある。家族の相談に乗り、家族支援を行っている。	

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援	第三者評価結果
【A16】 A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	
<コメント>	
障害者の施設入所支援、生活介護事業所のため、評価外とする。	

A-4 就労支援

A-4-(1) 就労支援	第三者評価結果
【A17】 A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	
<コメント>	
障害者の施設入所支援、生活介護事業所のため、評価外とする。	
【A18】 A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるような取組と配慮を行っている。	
<コメント>	
障害者の施設入所支援、生活介護事業所のため、評価外とする。	
【A19】 A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	
<コメント>	
障害者の施設入所支援、生活介護事業所のため、評価外とする。	

利用者への調査

～ 利用者（家族）アンケート調査を実施した結果です ～

利用者（家族）アンケート調査は、神奈川県社会福祉協議会の「福祉サービス利用者意向調査キット」を用いて実施した。

1. 調査の状況

調査期間	令和6年9月～10月
調査方法	所定の調査票（アンケート）による。
調査対象者の匿名化	調査は無記名で行い、調査結果から回答者について個人が特定化される場合は、神奈川県社会福祉協議会で匿名化をはかった。
アンケート調査票の送付	対象者には事業所を経由して調査票を配付した。
アンケート調査票の回収	記入済みの調査票は対象者から直接、神奈川県社会福祉協議会に郵送された。
回収の状況	調査票配付数 38通 返送通数 35通 回収率 92.1%

2. 調査結果の傾向

<アンケート調査全体の傾向>

- アンケートの回答者は、利用者本人及び本人の代筆が86%であった。
- 事業所のサービス全体の満足度は、「全体的にとても満足である」が20%、「全体的に満足である」が29%、「全体的に満足しているが、一部改善してほしい点がある」が34%、「全体的にやや不満である」が14%、「全体的に不満である」が3%であった。
- サービス利用前後での気持ちの変化の設問では「安心して生活できるようになった」が49%となっている。
- 自由意見では、よい点：30件、改善してほしい点：18件、その他意見：4件の計52件の意見が寄せられた。
- よい点としては、主に「プログラム」「食事」などが挙げられている。
- 一方、改善してほしい点として、職員体制に起因すると思われる「職員の対応」に関する意見が複数挙げられている。

利用者へのヒアリング調査

～ 利用者から任意でヒアリング調査を行った結果です ～

調査した利用者数 3名

ヒアリングの状況、特性

訪問調査時、男性2名、女性1名の利用者にヒアリングを行った。利用者の年齢は、30歳代と60歳代、80歳代で、調査員の問いかけに真剣に答えてくれた。

ヒアリング結果の概要

以下の声が寄せられた。

- ここに来て長い。友だちも多くいて、皆でしゃべっているのが、一番楽しい。
- 1人部屋。住み心地が良い。
- ここに来て10年経った。友だちもできた。
- 職員にはいろいろ手伝ってもらう。親切。
- 職員は優しい。すぐ部屋に来てくれる。
- 職員は忙しそうなので、何か頼むのが悪い。女性の職員が減った。新しく来る人がいない。
- 食事がおいしい。好き嫌いはない。何でも食べる。
- 食事はうまい。戦争、戦争で、何でも食べて来た。
- 嫌いなものはない。から揚げやハンバーグが好き。
- お風呂は週3回入る。ゆっくりと入ることができる。
- お風呂は温まって良い。職員に手伝ってもらう。
- 趣味活動をやっていることが多い。棒さしをやっているのが楽しい。
- 遊んでいるのが嫌い。何かやっていないと、一日が長すぎる。
- 昼は本を読んでいるか寝ている。
- 車に乗せてもらって、たまに買物に行く。買物は楽しみ。コーヒースティックとかゼリーを買う。
- 時々スーパーに連れて行ってもらう。外食が楽しみ。外に出ると、気晴らしにもなる。
- ベッドから車椅子の移動は、職員に手伝ってもらう。
- ここでは、困っていることは特にない。嫌なこともない。

調査担当調査員の所感

3人の利用者は、利用期間も長く、落ち着いて過ごしていた。毎日の生活の様子を詳しく話してくれた。

課題抽出項目＜独自評価項目＞

～内容評価項目について、次への取り組みを事業所が検討した結果です～

事業所名： 丹沢レジデンシャルホーム

内容評価項目の＜A5:利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている＞を取り上げ、今後の具体的な取り組みを検討した結果です。

事業所による取り組み

内容評価項目＜A5:利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている＞	自己評価の内容	<p>＜現在の状況＞</p> <ul style="list-style-type: none">• 日常の介助場面や、個別支援の時間の中で、意向を聞きだし、その情報や内容を必要に応じて棟役職者、サービス管理責任者と共有している。その思いや、体験した内容などを踏まえて継続的に意向を確認し、フェルトニーズだけでなく、よりリアルニーズに近づけるように支援している。• また、自らの意思を言語で表現することが難しい方については、特に体験することを大切に、様々な物事に触れられるように検討しているが、実際の支援において施設外のサービスを活用することも難しく、外のサービスの少なさにも限界はあると考えている。• 少なくとも毎月1回は必ずニーズにおける状況、意向を確認する面接場面を設けており、支援や関わりにおいても意思決定に繋がるように工夫しているが、人員不足の問題、直接介助・支援の時間の都合上、面接機会やそのための時間を業務中に確保することは難しい状況にある。
--	---------	--

	<p>自己評価で気づいたことについての今後の具体的な取り組み</p>	<p><今後の具体的な取り組み></p> <ul style="list-style-type: none"> • 現状の地域の社会資源やサービス利用では限界があることについては、より広範囲で検索することも一つだと考える。そういった場面では、担当相談員も交えながら、意思決定支援場面（会議）の一つとなるように行う。また、現在の施設内でのサービス提供（日中活動やイベント、外出、行事等）を見直し、新たに創作することも一つだと考える。 • 本人の情報・生活状況・機能や能力など、本人像を具体的に且つ一つに集約することで理解・把握がしやすいこと、作成における事務的な負担軽減につながることを目的に、既存の書式を融合・修正等することも対応の一つと考える。 • 利用者の話を聞く時間の確保につなげるため、業務の簡略化や職員数増加などは以前から様々な場面で話に上がっており、ICTの導入、起床・就寝・入浴・食事などそれぞれの場面での介助内容とサービス提供内容を、継続的に見直して改善に努めている。これについては、今後も状況や体制の変化に合わせて検討・調整していく必要があるため、継続的に行動する。 • 現在、入職2年目の職員から担当ケースを持ち、個別支援計画などその方のライフサポート関連書式を作成している。経験年数の浅い内から個別支援やその事務について触れる機会があることは当施設のストレンクスである一方、現在の職員数と業務量、事務時間が確保されにくい環境など様々な状況を含めて考えると、若手職員が事務時間で最も時間を要する個別支援計画・モニタリングの作成（修正）などを、例えば役職者やそれに準ずる職員が担い、その作成のための事務時間を優先的に取得してもらう。その間、現場は若手職員などの作成を担わない職員が率先して対応する形も案の一つとして考えたい。作成における全てを行わなくなると、事業所として職員育成機能・能力の低下につながるため、日々のアセスメント、記録、個別支援計画作成のための面接や土台作りなど、分散させるところ、継続して行うことを見極めながら考えることでバランスを調整していくことも一案として検討したいと考えている。
--	------------------------------------	--

<p><第三者評価コメント></p> <p><利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている>の項目を取り上げ、次の計画を話し合い、今後の具体的な取り組みを決めている。取り組みの成果に期待する。</p>
