

福祉サービス第三者評価結果 (グレード2)

事業所名 丹沢レジデンシャルホーム

発効：2017年11月6日（2020年11月5日まで有効）

公益社団法人神奈川県介護福祉士会

公益社団法人神奈川県介護福祉士会 第三者評価結果

事業所基本事項

フリガナ	タンザワレジデンシャルホーム
事業所名 (正式名称を記載)	丹沢レジデンシャルホーム
事業所住所 最寄駅	〒259-1302 神奈川県秦野市菩提1711-2 小田急線「渋沢駅」下車 バス15分、バス停より徒歩10分
事業所電話番号	0463-74-3303
事業所FAX番号	0463-71-5944
事業所代表者名	役職名 施設長 氏名 伊藤 崇博
法人名及び 法人代表者名	法人名 社会福祉法人常成福祉会 法人代表者氏名 理事長 藤村 和静
URL	http://www.jousei.or.jp
e-mail	home@jousei.or.jp
問合せ対応時間	8:30~17:00

事業所の概要1

開設年月日	平成2年7月1日
定員数	56名(短期入所4名)
都市計画法上の用途地域	調整区域
建物構造	鉄筋コンクリート造り コンクリート屋根 2階建て
面積	敷地面積(11,124.4)㎡ 延床面積(2,741.65)㎡
居室あたりの人数 (入所施設の場合のみ)	個室44室/二人部屋6室

事業所の概要2(職員の概要)

総職員数	64名
うち、次の職種に 該当する職員数	施設長 (常勤 1名) 相談支援職員 (常勤 4名・常勤以外 名) サービス管理責任者 (常勤 1名・常勤以外 名) 生活支援員 (常勤 28名・常勤以外 12名) 看護師 (常勤 2名・常勤以外 1名) 医師 (常勤 名・常勤以外 5名) マッサージ師 (常勤 1名・常勤以外 名) 理学療法士 (常勤 名・常勤以外 1名) 栄養士 (常勤 2名・常勤以外 名) 調理員 (常勤 4名・常勤以外 2名)

事業所の理念・運営 方針	法人の理念である自由(生活上の制約はありませんから自分の考えで行動しましょう)・自主(自ら積極的にそして、自分の責任を自覚して行動しましょう)・自律(自己責任のもと一般社会と調和のとれた生活をしましょう)の3本柱を基本とし、居住者の日常生活を支援する。
-----------------	--

利用者の特性	重度の身体障害のため1日を通して専門的支援を必要とし、また、生活環境もバリアフリーが適する方々が利用している。
--------	---

公益社団法人神奈川県介護福祉士会 第三者評価結果

1. 総合コメント

総合評価（優れている点、独自に取り組んでいる点、改善すべき事項）

- 法人の基本理念に、自由（生活上の制約はありませんから自分の考えで行動しましょう）、自主（自ら積極的にそして、自分の責任を自覚して行動しましょう）、自律（自己責任のもと一般社会と調和のとれた生活をしましょう）を掲げ、居住者の日常生活を支援している。
- 居住者は4つの棟に分かれ、日常生活を送っている。日中は、生活介護事業所や就労継続支援B型事業所に通ったり、自室で過ごしたり、移動支援サービスを利用して外出している。施設開設時より居住者自治会があり、毎月、自治会役員連絡調整会議や居住者会議を開催し、居住者の声をまとめ、施設運営の改善につなげている。
- 法人内に権利保障委員会を置き、権利保障システムを構築している。法令遵守部会や苦情解決部会、サービス評価部会、サービスシステム部会、情報管理部会、実践教育部会等6つの部会が機能している。活動の内容は、「権利保障システム実施報告書」として公表している。
- 居住者への権利保障システムは、ライフサポートシステム、リスクマネジメント、サービスマニュアルの3つの利用者支援システムと、サービス評価と苦情解決の2つのサービス管理システムの5つのシステムで構成されている。個別支援計画は、生活支援の実践システムとして、ライフサポートシステムに位置付けている。
- 居住者に提供するケアサービスは、事業所の各サービスマニュアルやリスクマネジメント等の個別検証を経て作成した個別支援計画と、居住者一人ひとりに個別に作成したケアマニュアルに沿って提供している。居住者のストレングスに着目した支援を展開している。
- 法人全体の「キャリアブック」を作成し、全職員に配布している。「キャリアブック」では、法人の基本理念とメッセージ、仕事のルールとマナー、職員心得について、法人の考え方を示すとともに、キャリアパスについての考え方を提示している。「キャリアブック」にて、職能要件と職務基準、階層別の研修についてまとめている。
- 実践教育部会を設置し、法人の職員としての教育を行うとともに、OJTやOFF-JT、SDS（自己啓発援助制度）により、キャリアパスに位置付けられた人材育成をサポートするシステムを構築している。職員には年2回、Do-CAP面接（PDCAサイクルに基づいた面接）を実施し、各自が振り返りを行っている。
- 居住者の地域のイベントへの参加や、「蛍の会（居住者有志の会）」の活動、地域の研修会への職員の講師派遣等を通し、地域との交流を図っている。また、地域から講師を招くことで、地域との関係作りに努めている。秦野市社会福祉協議会との連携や、地域住民対象の研修会の開催、障害者虐待防止等に関する普及・啓発活動を行っている。
- 福祉サービス第三者評価を継続的に受審し、今回が5回目の受審となる。また、段階別の評価（グレード制）に取り組み、前回に引き続きグレード2の評価を受審している。第三者評価に継続して取り組むことで、提供する福祉サービスの質の向上に施設全体で取り組んでいる。

評価領域ごとの特記事項

1	人権への配慮	<ul style="list-style-type: none"> ○意思表示が難しい居住者からの意向の把握については、日常生活場面での関わりを大切にしている。普段の関わりや介助場面、生活場面で、居住者本人の表情や行動を観察して意向を汲み取り、生活の場面場面で居住者本人が、次に行くことを選択できるように支援している。また、支援担当が月1回、定期的に居住者と面接する機会を作り、居住者の思いを汲み取っている。 ○法人内に権利保障委員会を設置している。居住者への権利保障の仕組みについては、年度初めに、法人内の全職員に対して、理事長から説明を行い、システムの理解、促進を図っている。
---	--------	---

2	利用者の意思・可能性を尊重した自立生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ストレングスの視点を大切にして、居住者との普段の関わりや介助場面、生活場面で、本人の意向や強みを確認している。職員は、個別支援に関する外部研修に参加し、支援技術の向上に努めている。 ○入職後2年目以上の職員が居住者の支援担当となり、個別支援計画を策定している。初めて支援担当となる職員に対しては、サービスシステム委員会が、面接の仕方や支援計画の立て方等の内部研修を行っている。個別支援の視点に基づく支援計画の策定については、課題解決型の計画に特化しないよう、居住者本人の思いややりたいことが中心になるよう留意している。 ○法人全体で、福祉サービスにおける権利保障システムを構築している。権利保障システムは、ライフサポートシステム、リスクマネジメント、サービスマニュアルの3つの利用者支援システムと、サービス評価と苦情解決の2つのサービス管理システムの5つのシステムで構成されている。個別支援計画は、生活支援の実践システムとして、ライフサポートシステムに位置付けられている。
3	サービスマネジメントシステムの確立	<ul style="list-style-type: none"> ○苦情受付担当や苦情解決責任者を置き、居住者や家族の要望や苦情に対応している。居住者の声は、居住者の自治会役員連絡調整会議で職員と一緒に話し合いを行っている。話し合いの内容は、居住者会議で報告している。苦情解決を、第1ステージ<サービス提供場面での苦情解決>、第2ステージ<組織活動での苦情解決>、第3ステージ<苦情解決責任者による苦情解決>、第4ステージ<第三者委員による苦情解決>、第5ステージ<運営適正化委員会による苦情解決>の5段階のステージに分類し、その特性に合わせた対応を行っている。第三者委員による苦情解決では、当事者団体のかながわ身体障害福祉ネットワーク(K-フレンズ)が協力している。 ○リスクマネジメントにより把握した居住者個々の課題やリスク事象への対策チーム、業務の課題・改善を提起する業務改善提案書、食事や入浴サービスの質の向上のための改善チーム等、日常的に提供するサービスの検証、改善に努めている。
4	地域との交流・連携	<ul style="list-style-type: none"> ○居住者の地域のイベントへの参加や、「蛍の会(居住者有志の会)」の活動、地域の研修会への職員の講師派遣等を通し、地域との交流を図っている。また、地域から講師を招くことで、地域との関係作りに努めている。 ○秦野市社会福祉協議会との連携や、地域住民対象の研修会の開催、障害者虐待防止等に関する普及・啓発活動を行っている。
5	運営上の透明性の確保と継続性	<ul style="list-style-type: none"> ○居住者によるサービス評価を、年1回実施している。居住者自身によるアンケート票への記入の他、居住者が自由に気兼ねなく意見を述べられるように、他部署の職員や第三者委員による聴き取りも行っている。第三者委員との面接時には、居住者の情報を細かく提供している。また、毎月定期的に行っている支援担当との個別面接時や日々の支援場面の中で、居住者の声を丁寧に聴き取るようにしている。居住者の声や意見は、月1回開催する棟会議で内容を検討し、会議録を回覧して周知を図っている。また、内容により、食事サービス委員会やマネチリ(マネージャー・チーフ・リーダー)会議等で検討を行っている。サービス評価は実習生の声も聴き、「権利保障システム実施報告書」にまとめて公表している。 ○居住者への個別支援の強化を目指し、ストレングスの視点を取り入れて、各棟の居住者の特性に合わせて支援を行っている。各棟の取り組みの内容は、3ヶ月に1回、リーダー会議で内容を共有し、会議録で全体に周知・共有している。また、棟リーダーが他の棟会議に参加し、情報を共有することで、居住者への個別支援の強化につなげている。その他、マネチリ会議や非常勤生活員との話し合いの場で、情報を共有している。
6	職員の資質向上促進	<ul style="list-style-type: none"> ○実践教育部会を設置し、法人の職員としての教育を行うとともに、OJTやOFF-JT、SDSにより、キャリアパスに位置付けられた人材育成をサポートするシステムを構築している。 ○キャリアパスについては、新任職員研修で内容を説明し、職員には年2回、Do-CAP面接を実施し、各自が振り返りを行っている。

2. 基本的サービス評価

～ 評価機関が定めた評価項目に添って、自己評価と調査を行った結果です ～

評価項目1

個別支援にあたって、「アセスメント・計画策定」での事業所の取り組みに関して、＜1-G2-1＞から＜1-G2-5＞の5項目について、複数の職員で話し合いを行い、自己評価表を作成してください。

評価機関による評価

- 意思表示が難しい居住者からの意向の把握については、日常生活場面での関わりを大切にしている。普段の関わりや介助場面、生活場面で、居住者本人の表情や行動を観察して意向を汲み取り、生活の場面場面で居住者本人が、次に行くことを選択できるよう支援している。また、支援担当が月1回、定期的に居住者と面接する機会を作り、居住者の思いを汲み取っている。家族や相談支援の担当者、生活介護の担当者、就労継続支援の担当者等からも情報を収集している。面接場所は、居住者本人の希望を尊重し、居室や別の場所で行っている。介助中の面接を希望する居住者もいる。
- 新人職員はチューター制をとり、先輩職員から基礎的な支援方法等を学び、年度末には、担当職員と振り返りを行っている。新人職員に対しては、関わりが難しい居住者への支援方法や、家族との関わり方等、面接技法の内部研修を行っている。
- 法人内に権利保障委員会を設置している。居住者への権利保障の仕組みについては、年度初めに、法人内の全職員に対して、理事長から説明を行い、システムの理解、促進を図っている。現在、第三者が後見人に選任されている居住者は2名だが、家族への説明やポスターの掲示等を通して、引き続き働きかけを行っていく予定である。
- ストレングスの視点を大切にして、居住者との普段の関わりや介助場面、生活場面で、本人の意向や強みを確認している。入居時は最重度の障害があるとされていたが、本人のストレンクスに着目することで、車椅子を自操できるようになった居住者もいる。職員は、個別支援に関する外部研修に参加し、支援技術の向上に努めている。
- 入職後2年目以上の職員が居住者の支援担当となり、個別支援計画を策定している。初めて支援担当となる職員に対しては、サービスシステム委員会が、面接の仕方や支援計画の立て方等の内部研修を行っている。個別支援の視点に基づく支援計画の策定については、課題解決型の計画に特化しないよう、居住者本人の思いややりたいことが中心になるよう留意している。居住者の思いは様々であり、現状では一人暮らしが困難であるのに、「以前暮らしていた地域で生活したい」という居住者に対しては、本人と一緒に段階的な目標を掲げ、最終的に思いにつながるよう計画を立てている。
- 個別支援計画の策定にあたっては、就労継続支援の担当職員や生活介護担当の職員、医療職の意見も確認している。家族の参加は、家族の高齢化等により、どうしても電話での遣り取りが中心になっている。家族が主体的に参加できるような環境設定を行うことが今後の課題である。

事業所による自己評価

<1-G2-1> 重度の認知症や知的障害などにより、意思表示が難しい利用者の「本人自身から」の意向の把握について	自己評価の内容	<ul style="list-style-type: none"> 定期的なアセスメントの場において、日常生活の関わりから表情・言動を観察し、クローズドクエスション（居住者が択一で答えられるような質問方法）等の技法を用いて意向を確認している。 意思表示が困難な居住者に対しては、家族から意向を確認し、成育・生活歴等を踏まえてニーズの把握に努めている。
	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	<ul style="list-style-type: none"> 日々の関わりを通して、信頼関係の構築を図る。また、表情や言動を観察し、居住者の思いをくみとる。 支援を行う中で、医療や栄養等の関係部署との連携が必要となるため、そのような関係者からも情報を集める。 コミュニケーション、面接技術等の研修を通して、意向を確認する力の向上を目指す。
<1-G2-2> 利用者の権利擁護制度（オンブズマン、成年後見人など）の活用について	自己評価の内容	<ul style="list-style-type: none"> 法人で権利保障委員会を組織している。また、成年後見制度の情報提供を行っており、非該当の居住者に対しても提示している。 成年後見人によっては連絡がつかないことや、行政の手続きが遅れることがある。
	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	<ul style="list-style-type: none"> 現状のシステム、成年後見制度の活用は継続し、職員の権利保障システム・成年後見制度の知識向上を目的に、権利保障研修等を継続的に行っていく。
<1-G2-3> 本人のできること、強みについて、エンパワメントやストレングスの視点でのアセスメント及びプランニングについて	自己評価の内容	<ul style="list-style-type: none"> 目標を立てる際、本人の趣味趣向を確認することや、自力動作の能力を踏まえ、本人または家族と共に検討している。また、棟会議等で本人像・ストレングスを確認し、支援に繋げている。
	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	<ul style="list-style-type: none"> リーダーが中心となり、各棟で行っている取り組みの共有化を図る。 居住者のエンパワメント、ストレングスを見つける能力を伸ばすことを目的に、職員のリフレーミング等のスキルが向上されるように指導する。
<1-G2-4> 個別支援の視点に基づく、利用者一人ひとりの支援計画の策定について	自己評価の内容	<ul style="list-style-type: none"> 居住者のストレングスに着目し、個々の意向に沿った支援計画の作成を行っているが、フェルトニーズ（居住者本人が感じているニーズ）が現状やプロフェッショナルニーズ（居住者も気づいていないニーズ）と差があり、リアルニーズ（居住者にとって本当に必要なもの）を見つけにくいことがある。 初めて支援担当を持つ職員の学びの機会として、毎年研修を行っている。
	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	<ul style="list-style-type: none"> 個別支援計画を立案する際、関係部署や関係機関等と連携を取り、多くの情報を収集し、リアルニーズを見つけられるようにする。
<1-G2-5> 個別支援計画策定時の、利用者本人や家族の主体的な参加について	自己評価の内容	<ul style="list-style-type: none"> 本人・家族が主体的に参加できるように、居住者本人の現状、今後の思い等を共有し、作成している。また、必要に応じて関係部署からも説明を行うことで、より理解を深められるようにしている。
	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	<ul style="list-style-type: none"> 繰り返し本人、家族と話し合うことで、達成出来るような計画を立てる。また、支援状況を随時確認、報告していく。 家族が主体的に参加できるように、状況に応じてコミュニケーションが取りやすい環境設定を行う。

評価項目2

個別支援にあたって、「具体的なサービスの実施／提供」での事業所の取り組みに関して、<2-G2-1>から<2-G2-2>の2項目について、複数の職員で話し合いを行い、自己評価表を作成してください。

評価機関による評価

- 法人全体で、福祉サービスにおける権利保障システムを構築している。権利保障システムは、ライフサポートシステム、リスクマネジメント、サービスマニュアルの3つの利用者支援システムと、サービス評価と苦情解決の2つのサービス管理システムの5つのシステムで構成されている。個別支援計画は、生活支援の実践システムとして、ライフサポートシステムに位置付けられている。
- 利用者一人ひとりの特性に配慮したケアサービスの職員間での周知・共有化については、各種申し送りツールを活用している。申し送りのツールとしては、ケース申し送りや業務申し送り、診療所申し送り、支援記録、生活日誌、リスクマネジメント報告書、ホワイトボード等がある。申し送りの量が多いことから、見やすく、把握しやすいものを検討する必要があると捉えている。
- 利用者一人ひとりの特性に配慮したケアサービスの実施・提供については、個別支援計画と居住者個々の特性に配慮して作成したケアマニュアルに沿って提供している。居住者の心身の状況の変化に対して、棟会議や改善チームで支援方法の変更を検討している。ベッド静養が必要だが運動が好きで洗濯も自分でやりたいという居住者には、下肢を挙げたままでの車椅子乗車で、洗濯も行えるようにした。また、入退院を繰り返してADLが低下している居住者には、棟会議や入浴改善チームの検討により、ADLの一部改善をめざし入浴時間や入浴方法の変更を行った。いずれの変更も、居住者本人を「説得」するのではなく、居住者本人が「納得」することを基本としている。

事業所による自己評価

<2-G2-1> 利用者一人ひとりの特性に配慮したケアサービス(食事、入浴、排泄、余暇、日中活動、就労、健康管理・服薬管理、外出・外泊、地域生活移行など)の職員間での周知・共有化について	自己評価の内容	<ul style="list-style-type: none"> 各種申し送りツール、会議録等を活用し、日々の変化を周知・共有している。 ケアマニュアル、申し送り内容の量が多く、把握しきれていないことがある。また、担当している職員は行えるが、全体への周知がされないことがあり、統一した対応が行えない時がある。
	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	<ul style="list-style-type: none"> ケース申し送りの量が多いことから、見やすく、把握しやすいものを検討することも一つの対策となる。 申し送りした内容を、適宜ケアマニュアルに反映できるようにする。
<2-G2-2> 利用者一人ひとりの特性に配慮したケアサービス(食事、入浴、排泄、余暇、日中活動、就労、健康管理・服薬管理、外出・外泊、地域生活移行など)の実施・提供について	自己評価の内容	<ul style="list-style-type: none"> ケアマニュアルをもとに、居住者の心身の状況や障害、意向を踏まえサービスを提供している。 居住者は、入所施設だけではなく就労支援の場を利用し生産活動を行うことができ、必要に応じて他の施設を利用している。 各支援担当が変更内容を申し送り、周知しているが、統一した対応が出来ていない。
	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	<ul style="list-style-type: none"> 自立している居住者は介助量が少ないため、職員と接する機会が少なく体調の変化等に気付きにくいことがある。そのため、日頃から多く関わりを持てるように意識していく。 現在の職員配置、業務量の関係により早急な改善は困難であるが、職員間での報告・相談・連絡を確実にし、安定したサービスの提供を目指す。 居住者の高齢化・障害の多様化に対して、提供したサービスが本当に本人にあっているのか振り返りを行い、意向に沿った支援を行っていく。

評価項目3

個別支援にあたって、「評価(モニタリング)・再計画」での事業所の取り組みに関して、＜3-G2-1＞から＜3-G2-3＞の3項目について、複数の職員で話し合いを行い、自己評価表を作成してください。

評価機関による評価

- 居住者によるサービス評価を、年1回実施している。居住者自身によるアンケート票への記入の他、居住者が自由に気兼ねなく意見を述べられるように、他部署の職員や第三者委員による聴き取りも行っている。第三者委員との面接時には、居住者の情報を細かく提供している。また、毎月定期的に行っている支援担当との個別面接時や日々の支援場面の中で、居住者の声を丁寧に聴き取るようにしている。居住者の声や意見は、月1回開催する棟会議で内容を検討し、会議録を回覧して周知を図っている。また、内容により、食事サービス委員会やマネチリ（マネージャー・チーフ・リーダー）会議等で検討を行っている。サービス評価は実習生の声も聴き、「権利保障システム実施報告書」にまとめて公表している。
- 苦情受付担当や苦情解決責任者を置き、居住者や家族の要望や苦情に対応している。居住者の声は、居住者の自治会役員連絡調整会議で職員と一緒に話し合いを行っている。話し合いの内容は、居住者会議で報告している。苦情解決を、第1ステージ＜サービス提供場面での苦情解決＞、第2ステージ＜組織活動での苦情解決＞、第3ステージ＜苦情解決責任者による苦情解決＞、第4ステージ＜第三者委員による苦情解決＞、第5ステージ＜運営適正化委員会による苦情解決＞の5段階のステージに分類し、その特性に合わせた対応を行っている。第三者委員による苦情解決では、当事者団体のかながわ身体障害福祉ネットワーク（K-フレンズ）が協力している。
- リスクアセスメントを年2回実施して、個別支援計画の評価を行っている。リスク事象に対しては、居住者の思いを尊重しながら、職員から見て改善が必要と思われる時等には、状況に応じて居住者の「必要なニーズ」として捉えて対応している。また、リアルタイムでの再発防止に向け、リスクマネジメント報告書の活用方法を見直し、リアルタイムでの共有や改善に取り組んでいる。申し送りのみの対応ではなく、支援状況は記録や報告書を使用して、職員全体が内容を共有することで、居住者の声や訴えの「見える化」につなげている。

事業所による自己評価

<3-G2-1> 利用者自身からのサービス評価について	自己評価の内容	<ul style="list-style-type: none"> サービス評価については、毎年1回実施している。また施設全体のサービスとして、居住者・職員・実習生・第三者委員による聴き取りにより実施している。訴えの出来ない方に対しては、第三者委員による聴き取りを行っている。 数年に一度法人内では、外部機関の評価を受審している。 年に一度食事や外出についてのアンケートを実施している。 食事については、検食簿に記入してある居住者の声を尊重している。
	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	<ul style="list-style-type: none"> 実施結果をもとに、次年度の事業計画や研修に反映し、サービスの向上を目指す。 第三者委員の面接時に、居住者の情報提供の内容を細かく伝える。 サービス評価がどのように実施されているかを職員へ周知し、理解を深めることが必要。
<3-G2-2> 要望への対応、苦情の解決に対する、利用者自身からの評価について	自己評価の内容	<ul style="list-style-type: none"> 毎月1回（状況に応じてそれ以上）面接時に居住者の意見を聴いている。また、日々の関わりの中で声を聴いている。 苦情受付担当及び苦情解決責任者が配置され、居住者の意見・苦情を聴いている。ただし、苦情解決がリアルタイムに示されていないと感じる。 環境整備に関して、リアルタイムに対応が出来ている。
	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	<ul style="list-style-type: none"> 苦情解決に至るまでのシステムを明確化する。それを全職員に周知出来るように取り組む。 リスクマネジメント報告書や支援記録で表面化している。 発生した事象等をケアマニュアルに具体的に記載していく。
<3-G2-3> 事故防止の視点(リスクアセスメント)を取り入れた個別支援計画の「評価と再計画」の実施について	自己評価の内容	<ul style="list-style-type: none"> リスク事象に対して、居住者の思いや職員からみて改善が求められる時等、状況に応じて居住者個人の「必要なニーズ」と捉え、支援計画の目標とすることもある。支援目標としていない場合でも、必要に応じて要因分析し、リアルタイムで再発防止に努めている。 年間を通して評価を2回行い、状況に応じた支援を行っている。 日常生活におけるリスクだけでなく、栄養ケアマネジメントの観点から居住者をサポートし、年2回評価している。
	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	<ul style="list-style-type: none"> 支援状況は、記録や報告書等を使用し、情報を共有している。状況に応じたサービスの提供は出来ているが、記録等の作成に遅れることがあり、全体の共有・報告が滞るため、対応と記録が同時に進行出来るようにしていく。

評価項目4

「個別支援サービス提供の基盤」となる事業所の取り組みに関して、＜4-G2-1＞から＜4-G2-4＞の4項目について、複数の職員で話し合いを行い、自己評価表を作成してください。

評価機関による評価

- 居住者への個別支援の強化を目指し、ストレングスの視点を取り入れて、各棟の居住者の特性に合わせて支援を行っている。各棟の取り組みの内容は、3ヶ月に1回、リーダー会議で内容を共有し、会議録で全体に周知・共有している。また、棟リーダーが他の棟会議に参加し、情報を共有することで、居住者への個別支援の強化につなげている。その他、マネチリ会議や非常勤生活員との話し合いの場で、情報を共有している。
- リスクマネジメントにより把握した居住者個々の課題やリスク事象への対策チーム、業務の課題・改善を提起する業務改善提案書、食事や入浴サービスの質の向上のための改善チーム等、日常的に提供するサービスの検証、改善に努めている。
- 食事改善チームや入浴改善チーム、日中タイムテーブル改善チーム等の取り組みにより、ケアサービスの見直し、改善を行っている。
- 各種業務のサービスマニュアルや、居住者個々のケアマニュアルを整備している。日々の支援の中で、内容を変更する場合は、付箋を用いて修正し、申し送りして周知を図っているが、マニュアル類の更新については、どうしても他の業務を優先してしまう傾向がある。更新作業の方法やスケジュールの見直し等を含め、現場で使用しやすいマニュアルへと整備していく予定である。
- 実践教育部会を設置し、法人の職員としての教育を行うとともに、OJTやOFF-JT、SDSにより、キャリアパスに位置付けられた人材育成をサポートするシステムを構築している。
- キャリアパスについては、新任職員研修で内容を説明し、職員には年2回、DooCAP面接を実施し、各自が振り返りを行っている。キャリアパスの継続的な意識付けと、「キャリアブック」を常に確認できる環境設定に取り組んでいく予定である。
- 居住者の地域のイベントへの参加や、「蛍の会（居住者有志の会）」の活動、地域の研修会への職員の講師派遣等を通し、地域との交流を図っている。また、地域から講師を招くことで、地域との関係作りに努めている。
- 秦野市社会福祉協議会との連携や、地域住民対象の研修会の開催、障害者虐待防止等に関する普及・啓発活動を行っている。

事業所による自己評価

<4-G2-1> ケアサービスの見直し、改善計画及び実施について	自己評価の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・日々、居住者の状況を確認し、状況に応じたサービスの提供や、環境設定を行っている。 ・就労や地域移行等、居住者が選択し、継続的に行えるようにしている。 ・各種業務において、その状況を把握し、必要に応じて改善できるようにチームが組織されている。 ・居住者支援、職員間での共有等、様々な場面で会議等を行い、情報を共有し、改善できるシステムがある。 ・ケアマニュアルは項目ごとに揃っており、1年に1度更新を行っている。
	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	<ul style="list-style-type: none"> ・各種改善チームは組織されているが、組織員を含む一部の職員しかその内容を理解していない場面がある。そのため、情報の共有化を検討する必要がある。 ・ケアマニュアルは揃っているが、文章が多いことから見にくさがある。必要に応じて絵や写真等、理解しやすく、使いやすいマニュアルを整備する必要がある。
<4-G2-2> 基本的なマニュアルの見直し、改訂について	自己評価の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・居住者のマニュアル、各種業務のマニュアル等は揃っている。 ・その時々での検討や改善は行えているが、それをマニュアル本文に反映しきれていないことがある。 ・申し送りや業務改善提案書等、改善した内容を周知・共有するツールがある。
	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	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルを定期的に見直し、改訂作業が行えるよう、具体的な更新計画を立て、個人に負担がかかり過ぎないように検討する。 ・マニュアル内の情報量が多いため、現場で使用しやすく、見やすいマニュアルの整備が求められる。
<4-G2-3> 職員の資質向上に向けたキャリアパスの構築と、それにそった職員研修の実施について	自己評価の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・新任職員研修でキャリアパスについて説明を行っており、全職員へのキャリアブックの配布、説明も実施されている。 ・キャリアパス制度を導入しており、各階層の職務基準も明確になっている。また、年二回のD○CAP面接の際、各自の学習目標、業務遂行の管理を実施し、職務基準に沿った指導を行っている。 ・全職員へ対し、実践教育委員会にて研修の案内の情報提供、希望者に対する調整、申し込みを行っている。それによって外部研修を自ら志願する職員が増え、受講後のスキルアップのきっかけとなり生かされている ・全体に対する職員のあり方研修を毎年行い、全体のスキルアップも図っている。
	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	<ul style="list-style-type: none"> ・キャリアパスについて、キャリアブックは全職員へ配布されているが、目を通す機会が少なく、入社年数が経つとキャリアパスの内容が軽視されつつあるため、キャリアパスをより意識できる研修の実施やキャリアブックが気軽に見られる環境設定（キャリアブックが大きくロッカーに入らない）をしていく必要がある。 ・OJT、研修等の体制は整っているが、SDSについては情報を流すのみにとどまり、実施には至っていない。 ・仕事に対するやりがい、やる気の向上を目的に、現状よりもD○CAP面接の際にキャリアパスについて踏み込んで話す。また、意欲向上に伴う給与の改訂も出来たら良い。（育成期間中や実習生が付いた際の事務処理に関する超勤や、各種業務習得による査定反映等）

<p><4-G2-4> 地域の福祉力向上のための支援活動（地域に向けた勉強会の開催や講師派遣、施設機能の開放など）の実施について</p>	<p>自己評価の内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> 施設外で職員が講師となり研修を行うことがある。また、外部の講師を招いて、施設内で研修を行うこともある。 「蛍の会」を活用し、職員のみならず、居住者も地域と関わる場面がある。 施設内の物品や会議室等、必要に応じて地域に開放している。 地域向けに「車椅子講習」「小学校の福祉教育プログラムへの派遣」や、地域障害者に向けて「パソコン講座」「彩茶房（サロン）」等を開催している。 重心児者、医療的ケアを必要とする人への支援ネットワークの形成、地域支援者に向けての事例検討会の開催、地域民生委員に向けての虐待防止等の研修会の開催、障害者虐待防止に関する普及啓発等を行っている。
	<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>	<ul style="list-style-type: none"> 「蛍の会」を行っているが、居住者の高齢化等から、今後実施できる居住者がいなくなっている。 施設内外で様々な取り組みが行われているが、それぞれに関係している者・部署が把握している。施設で行っている取り組みを地域へ、また、地域で行っていることを施設内へ周知・共有するシステムがあると、より良いサービス提供につながり、地域との関わりが増すと考えられる。 事業を通じて、地域の様々なニーズに直接的、間接的に応える活動を行っている。今後とも市町協議会の課題整理を踏まえて、関係機関と連携して新たなニーズに対応していく。

3. 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	平成29年5月～6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經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 56通 返送通数 50通 回収率 89.3%

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、利用者本人が88%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30%、「全体的に満足である」が28%で、満足であるという回答は、5割台であった。
- また、「全体的に満足しているが、一部改善してほしい点がある」との回答が、34%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48%で、「生活を楽しめるようになった」が40%と続いている。
- 自由意見では、よい点：41件、努力を期待したい点：36件、その他意見：13件の計90件の意見が寄せられた。
- よい点としては、主に「外出」「職員の対応」「余暇活動」「食事」等が挙げられている。
- しかし一方で、努力を期待したい点としても、「職員の対応」「食事」等が挙げられている。

4. 発展的サービス評価

～ 事業所におけるサービスの質の向上のためのシステムについての評価結果です ～

取り組み	居住者をみる	取り組み期間	H29.5～8
------	--------	--------	---------

PDCA	取り組みの概略
「P」 目標と 実践計画	入職後8～11年目の中堅職員7名により、発展的サービス評価会議を開催した。会議では現在抱えている課題を挙げ、その中から、自身で訴えることが難しい居住者の生活の質の向上を目指し、「居住者をみる」を今回のテーマとした。「見る、看る、観る、視る、診る」のすべての視点から、居住者を「みる」とした。長期目標～居住者からの訴えに関する事象、居住者の衛生面に関する事象等は、現状インシデント事象として捉えている。そのため、そのような事象を含め、インシデント事象の発見と報告件数の増加を目指す。また、そこから「居住者をみる」ことが接遇の向上につながり、その取り組みの全てにリスクマネジメントシステムが関係している」ことを理解する。短期目標～取り組みが全職員で共有できており、実行できている。居住者からの訴えに関する事象、居住者の衛生面に関する事象を含む生活場面における気づきの増加、また、必要に応じて対応策を検討し、再発を防止する。
「D」 計画の実践	あらたに「インシデント事象共有シート」を作成し、毎日、気づいたこと、みたことを1枚のシートに記入することとした。シートはできるだけ簡潔に記入しやすい書式とし、誰でも記入できる場所に置き、内容だけでなく、一日何件記入されたかわかるようにした。6月初めの申し送り時に、本取り組みを担っている職員が他職員へ口頭で説明し、取り組みの内容を周知した。事象の報告件数を週50件以上という目標を設定し、実施期間中(9週間)は毎週、状況をモニタリングし、グラフ等を活用して報告し、全職員が共通した認識の下で取り組むことができるようにした。
「C」 実践の評価 結果	8月に「インシデント事象共有シート」の内容をまとめ、実践の最終評価を行った。実施期間中、週平均52.3件の報告があった。居住者からの訴え、環境面に関する事象、衛生面に関する事象、介助ミスに関する事象等、様々な事象が報告された。その結果、取り組み担当者をはじめ、事象を発見することに対して意識の高い職員が多かったことがわかった。発見の少ない職員に対しても、アプローチしたことで、「居住者をみる」意識が高まった。また、既存のリスクマネジメント報告書は使用しづらく、本取り組みで使用したシートは使いやすいことがわかった。PDCAサイクルは、個別支援や業務改善等、日頃より様々な場面で意識して取り組んでいるので、今回の発展的サービス評価でも抵抗なく進めることができた。
「A」 結果をふま えての改定 計画	今回の取り組みを通して、生活場面において各職員に「居住者をみる」力が備わっていることが確認できた。取り組みで使用したシートの内容、集計方法、管理方法等を検討し、今後は「リスクマネジメント」として共有するためのツールにしていきたい。今回の発展的サービス評価は、中堅職員が中心になり行えるように調整した。各自が率先して行動できたことで、他の中堅・一般職員へも働きかけができたと考えられる。この状況を踏まえ、今後も他の仕事場面でリーダーシップを発揮できるようにしていきたい。

<第三者評価コメント>

高齢化や障害の重度化により、自ら意思表示が困難になっている居住者が増えている。そのため、全職員に「居住者をみる」力が求められているため、今回の発展的サービス評価のテーマとした。「居住者をみる」ことで挙げた事象をインシデント事象として捉え、事業所のリスクマネジメントシステムにつなげている。今回の取り組みを通して、既存の書式の改訂も行っている。中堅職員がリーダーシップを取り、成果がみられたことから、今後も他の仕事場面でリーダーシップを発揮できることを期待する。