

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：平成26年11月11日（平成29年11月10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	ショウガイシャシエンシセツ 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)	障害者支援施設 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 草柳 直
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
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 2階建て
面積	敷地面積 (11,124.4) m ² 延床面積 (2,741.65) m ²
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4室/四人部屋2室

事業所の概要2 (職員の概要)

総職員数	60名
うち、次の職種に 該当する職員数	施設長 (常勤 1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 26名・常勤以外 14名) 看護師 (常勤 1名・常勤以外 3名) 医師 (常勤 名・常勤以外 5名) 理学療法士 (常勤 名・常勤以外 1名) マッサージ師 (常勤 1名・常勤以外 名) 栄養士 (常勤 1名・常勤以外 名) 調理員 (常勤 5名・常勤以外 1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、利用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）		
<p>○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、利用者の日常生活を支援している。</p> <p>○法人内に権利保障委員会を組織し、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、実践教育部会など、6つの部会を設置している。権利保障委員会には、職員以外に、弁護士や公認会計士、臨床心理士、障害当事者を配置し、提供する福祉サービスの検証を行っている。</p> <p>○利用者は4つの棟に分かれ、日常生活を送っている。施設の設立当初より、利用者自治会が活動している。自治会役員は、3年に1度、利用者の選挙により選出している。月の初めに、自治会役員連絡調整会議を開催し、利用者からの声を要望書にまとめ、施設に提示し、改善策を協議している。毎月20日前後に居住者会議を開き、自治会役員連絡調整会議での話し合いの結果を報告している。</p> <p>○利用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を基本として、利用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。</p> <p>○施設サービス全般に対する評価は、毎年1回、利用者、職員、実習生、第三者委員により実施している。施設サービスのうち、要望などが多い食事や外出サービスに対する評価については、年1回、アンケートを実施し、改善に取り組んでいる。</p> <p>○法人の「キャリアブック」を改訂し、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、法人の考え方を説明するとともに、キャリアパスについての考え方を提示している。キャリアパス総括表に基づき、1級～8級の職能要件と職務基準を示し、階層別の研修についてまとめている。</p> <p>○職員研修については、年間計画を示すことと階層毎に求められる研修や課題別研修を提示し、計画的な研修受講につなげている。事業所内の研修については、職員が講師を担い、事業所が抱えている課題などをテーマにして、企画・実施している。施設外研修を受講した場合は、伝達研修を実施し、その内容を事業所に反映している。</p> <p>○地域に向けた法人の社会貢献事業として、「誰もが安心して暮らせる地域づくり」を目指し、地域総合福祉拠点「なつめ」の運営をすすめている。地域総合福祉拠点「なつめ」には、災害時の地域対策拠点として防災対策本部を設置する他、地域みんなのサロンや、地域福祉団体支援室、障害者権利擁護相談センターなどの部屋を用意し、「誰もが安心して暮らせる地域づくり」の拠点として、地域づくりの取り組みを展開している。</p>		
評価領域ごとの特記事項		
1	人権への配慮	<p>○「自由・自主・自律」の法人の基本理念に沿って、利用者支援を行っている。「自分たちはどう生活したいか」を、利用者自身が考え、決定している。職員は利用者一人ひとりの思いを十分に把握し、利用者個々の生活の質の向上を目指した支援を実践している。</p> <p>○意思疎通の難しい利用者は、全職員が日常の関わりの中で、表情や行動を読み取り、また質問の方法を工夫して、意向を把握している。受け止めた利用者の意向は、棟会議などで話し合いを行い、個別支援計画に反映している。</p> <p>○採用1年目の初級職員は、担当ケースは持たず、チューター制（指導者による個別の指導）により、基礎的な支援方法を学んでいる。新任研修では障害の特性の理解や、支援方法を習得できるようにしている。特に、意思疎通の難しい利用者とのコミュニケーションのあり方を、段階を踏んで学んでいる。</p> <p>○法人内に権利保障委員会を組織し、苦情解決・サービス評価・サービスシステムなどの6つの部会を設置している。権利保障委員会には、職員以外に、弁護士や公認会計士、臨床心理士、障害当事者を配置し、提供する福祉サービスの検証を行っている。</p>

2	<p>利用者の意思・可能性を尊重した自立生活支援</p>	<p>○エンパワメントとストレングスに加えて、リフレーミング(言葉掛けなど、新しい見方を身に付けること)の理解を深める研修を実施している。日々の支援では、利用者の日常の様子を観察し、職員と利用者間で自力動作の見極めを行い、利用者の残存機能を活かす取り組みを行っている。</p> <p>○「意向・状況確認、ニーズの整理、計画策定」の過程を通じ、個別面接を実施し、利用者への説明と同意を行っている。個別支援計画を策定する際には、関係職員から多くの情報を得て、リアル・ニーズに近づけられるように努めている。</p> <p>○アセスメントの実施段階で、各支援項目(特別な介護に関する事項、移動に関する事項、排泄に関する事項、食事に関する事項など)の必要事項を把握し、個別支援計画書に反映して、ケアを提供している。ケアサービスは、事業所の各サービスマニュアルを基本として、利用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。</p>
3	<p>サービスマネジメントシステムの確立</p>	<p>○施設の設立当初より、利用者自治会が活動している。自治会役員は、3年に1度、利用者の選挙により選出している。月の初めに、自治会役員連絡調整会議を開催し、利用者からの声を要望書にまとめ、施設に提示し、改善策を協議している。毎月20日前後に居住者会議を開き、自治会役員連絡調整会議での話し合いの結果を報告している。</p> <p>○月1回、利用者との定期面接を行う他、第三者委員やオンブズマン、弁護士との相談の機会を設け、利用者の思いを確認している。受け止めた利用者の声は、本人の同意を得て施設へ報告され、毎月開催する棟会議の場などで内容を検討し、個別支援計画やケアマニュアルの変更につなげている。</p> <p>○サービスマニュアルはサービスシステム委員会にて2年に1回見直しを行い、ケアマニュアルも1年に1回各支援担当が更新を行っている。改訂された内容は回覧し、職員に周知している。</p>
4	<p>地域との交流・連携</p>	<p>○主に講演活動を行う「蛍の会」(利用者有志による会)の利用者が、公民館などで主催する車椅子講習や、小学校で行われる福祉体験プログラムの講師をしている。職員も、地域の各団体の依頼に応じて、講師を担っている。</p> <p>○地域自治会に加入し、自治会連合会と防災相互援助協定を締結している。また、年4回発行の法人機関誌は、地域自治会で回覧している。</p> <p>○法人の社会貢献事業として、市内戸川地区に地域総合福祉拠点を整備している。誰もが集える地域交流室や防災備蓄品・食料などを常備する防災拠点の役割を構築している。</p>
5	<p>運営上の透明性の確保と継続性</p>	<p>○施設サービス全般に対する評価は、毎年1回、利用者、職員、実習生、第三者委員により実施している。利用者評価では自身による記入の他、率直な意見が反映できるよう、他部署の職員が聴き取り、代筆している。</p> <p>○施設サービスのうち、要望などが多い食事や外出サービスに対する評価については、年1回、アンケートを実施し、改善に取り組んでいる。食事については、毎食の検食時に職員が利用者の感想を検食簿に記載し、栄養士がその情報を取りまとめ、メニューに反映している。</p> <p>○課題抽出の機会として、「事業所全体の課題を話し合うマネージャー・チーフ・リーダー会議」「自治会役員と生活員で話し合われる自治会役員連絡調整会議」「各利用者の個別支援を話し合う各棟会議」「非常勤生活員との話し合い」などを設定している。</p>

6	職員の資質向上 促進	<p>○法人のキャリアブックにて、階層毎の職能要件及び職務基準等を示している。また年度内に実施する業務管理及び目標管理についても周知を図り、目標を持った取り組みを推奨している。資格取得については、受験費用の補助を実施している。また法人にて指定及び認定した資格には、給与規程に基づき、給与に反映している。</p> <p>○職員研修については、年間計画を示すことと階層毎に求められる研修や課題別研修を提示し、計画的な研修受講につなげている。事業所内の研修については、職員が講師を担い、事業所が抱えている課題などをテーマにして、企画・実施している。施設外研修を受講した場合は、伝達研修を実施し、その内容を事業所に反映している。</p> <p>○初級職員には、1年目よりチューター制を導入し、技術等の獲得状況により個別にチューター付きの期限を設定し、育成している。</p>
---	---------------	--

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

- 採用1年目の初級職員は、担当ケースは持たず、チューター制により、基礎的な支援方法を学んでいる。法人の職務基準に従い、新任研修では障害の特性の理解や、支援方法を習得できるようにしている。特に、意思疎通の難しい利用者とのコミュニケーションのあり方を、「コミュニケーションの効果」「トータルコミュニケーション」「準言語的コミュニケーション」「非言語的コミュニケーション」の段階を踏んで、研修を行っている。年間を通して、意思疎通の難しい利用者や、円滑なコミュニケーションを図ることができるよう研修を行っている。2年目にはケース担当となり、利用者の表情や行動から本人の思いを汲み取っている。研修システムやチューター制により、新任職員の時点から、意思疎通が難しい利用者に対するコミュニケーション技術を学んでいる。
- 採用2年目以降の職員は、全職員が利用者の表情や行動を読み取り、質問の方法を工夫するなどして、本人の意向を把握し、個別の支援につなげている。買物で外出した際に、いつもサッカーグッズのあるお店に立ち寄り利用者には、サッカー観戦の支援につなげたり、飲み物にこだわり、頻回にコップを差し出す利用者には、外出の際、コーヒー店に行き、好きなコーヒーを楽しむという支援につなげている。
- エンパワメントやストレンクスを中心とした支援を実践するため、個別支援計画の作成の前に、ストレンクス研修や、リフレーミング研修を行っている。各職員が把握した利用者の力や強みを、会議で話し合い、計画に反映している。時々失禁があるものの、旅行をしたいという希望のある利用者には、年に1回、北海道や四国などへの宿泊旅行を企画している。宿泊旅行という目標を立て、日常生活の中での車椅子操作や、外出時の排泄方法などを利用者自身が修得している。また、筋ジストロフィーで、指に力が入らず、ナースコールが押せなくなった利用者には、職員手作りの自助具を用意し、自力で押せるように支援している。
- 今年度の取り組みとして、「棟居住者の障害の理解と積極的な情報の発信と共有」をあげ、棟会議を開催して、より個別性の高い支援を提供できるようにしている。脊髄損傷者の多い棟では、栄養ケアマネジメントや、車椅子シーティングの適合評価についての研修を行い、取り組みを実践している。
- 利用者の意向を確認し、ニーズを把握するため、面接の機会を多く作っている。一人暮らしがしたいなど、生活員には直接話がしにくい場合には、臨床心理士による面談も行っている。個別支援計画の作成時には、利用者本人、家族の参加を原則として、定時及び随時、面接を行っているが、自己評価を通しての気づきとして、面接時間が十分に確保できず、相手の思いをある程度想定して、面接を行っているのではないかという意見も挙がり、今後の取り組みにつなげている。

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"> ・個別支援計画書作成やモニタリング・年度末総合評価等の定期的なアセスメントの場において、より多くの意向を抽出できるように、日常の関わりから表情や行動を観察し質問方法を工夫する等、意向把握している。 ・個別支援計画書作成にあたって、新任生活員を対象に、「個別支援計画から年度末総合評価までのプロセスについて」の研修を開催し、意思表示が困難かつ自らの意向を十分に伝える事が出来ない利用者への対応について、リアル・ニーズに近い確かなプロフェッショナル・ニーズの提案ができるよう目指し、それを原則にして常時本人の立場からニーズをとらえ、時には家族からの確認や支援を得ながら個別支援計画書作成及びその実施の過程を踏んでいく事を意識している。 ・採用1年目の初級職員は、法人による階層毎の職務基準に従い障害特性・支援方法などの理解・習得を優先し、利用者との関係作りと合わせて育成している。そのため個別支援におけるアセスメント及び計画策定については、2年目以降の初級職員以上に求められ、作成手順・面接技術の研修及び内容の精査が行われている。
	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	○面接やコミュニケーション場面では、職員個別の力が必要になる。 【今後の取り組み】 <ul style="list-style-type: none"> ・施設内研修を通して面接技術の向上を図る。 ・日々の関わりの中で、「間」を意識することで、意思表出がしやすくなるような関係構築を心がけ、本人像の把握に努める。 ・意向に繋がる事柄に対して、多方面から検証できるように、関係部署からの情報収集や関係職員の意見交換を充分に行う事と併せて、複数の生活員が話し合いの内容を共有する事で、自らの気づきを促し、意向を把握するための能力向上を目指す。
<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"> ・法人内に権利保障委員会を組織し、苦情解決・サービス評価・サービスシステム等の6つの部会を設置している。このシステムは利用者の権利を保障していくとともに、各種事業の検証機能の役割をもつ。 ・権利保障委員会には専門委員（弁護士、公認会計士、障害当事者、臨床心理士）を配置し、福祉サービスの検証を実施している。 ・利用者に対して成年後見人制度の情報提供を実施しており、入所後に成年後見人が選任された利用者がある。 ・認知面において支援を要する利用者については、成年後見人制度に限らず、キーパーソンとなる家族によって、支援計画書やモニタリングシート等の支援内容や、預かり金（金銭管理代行制度）の確認を随時実施している。 ・法人選任の第三者委員のほか、かながわ身体障害福祉ネットワーク（当事者団体）の委員がそれぞれ月1回来所している。来所予定日は事前の掲示のほか、自治会役員を通じて居住者会議と会報で周知されている。
	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	○権利保障委員会の役割を理解した実践が必要である。 【今後の取り組み】 <ul style="list-style-type: none"> ・個々の生活員が権利保障委員会の各システムを活用する視点を持ち、その実践の当事者である事理解を促進する。

<1-G2-3> 本人のできるこ 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"> ・エンパワメントとストレングスに加えて、リフレーミングの理解を深める研修を実施し、個別支援計画書作成時の視点を多面的に意識している。日々の支援では、課題解決型の支援が主になる傾向が強いが、上述の視点を機会ある毎に確認している。 ・利用者の日常の様子を観察し、生活員と利用者間で自力動作の見極めを行い、利用者の残存機能を活かす取り組みをプランニングしている。 ・毎月の棟会議において、利用者個々に対する情報収集や検討の場を設けている。特に利用者のストレングスについては、利用者本人からの意向をもとに、生活員間で話し合いを行い、それに沿ったプランニングを行っている。 ・初級職員には、棟会議を通じて障害特性への視点が単一に陥らぬよう利用者ができていることを知らしめている。
	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	○日々の支援においては、課題解決型の視点が強くなる。 【今後の取り組み】 <ul style="list-style-type: none"> ・毎月の棟会議や日常の介助場面で定期的な OJT（職場内教育）を活用し、エンパワメントやストレングスの視点が、組織風土となるよう気づきを促す。 ・生育歴・生活歴・家族構成等から本人像を適確に把握した上で面接を行い、本人が求めているものを抽出しプランニングしていく。
<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"> ・インフォームドコンセントを軸に「意向・状況確認、ニーズの整理、計画策定」の過程を個別面接にて実施している。 ・個別支援計画を策定する際、関係職員からの多くの情報に基づき検討し、リアル・ニーズに近づけられるように努めている。
	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	○面接時間が十分に確保されず、相手の思いをある程度想定して面接を行う事がある為、真意を汲み取れていないと感じる事がある。 【今後の取り組み】 <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画書作成時、本人の障害に合わせた計画書（視覚に訴えグラフや絵で分かりやすくする等）を提示し、本人の理解が得やすい環境を作る。 ・本人の意向を引き出せる、また本人が十分に理解を深められるような面接技術や会議開催・進行の技術向上の為の研修を行う。
<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"> ・本人参加を原則に前項1～4に取り組む。またニーズや本人の障害状況に配慮し、生活員・看護師・栄養士等の専門職が直接本人又は家族等と話し合うことで、理解が深められたり、思いを引き出せると判断された際は、本人又は家族が参加するカンファレンスを随時開催している。
	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	○家族の状況によっては、書面のみで確認することがあり、十分な説明ができない事もある。 【今後の取り組み】 <ul style="list-style-type: none"> ・家族と連絡が取りにくい場合でも、可能な限り連絡をとり、書面だけでなく言葉による説明と同意に努める。 ・家族来所時は、時間にゆとりを持ち、座って落ち着いて説明ができるような環境設定（相談室利用等）を行い、十分な説明を行う。 ・生活員間の報連相を徹底し、支援担当の不在時でも、全ての生活員が、家族に説明出来るようにする。 ・家族には日頃から連絡を密にとり、家族が話しやすい対応に心掛け、家族の意向を汲みとれるようなコミュニケーションスキルを磨く。

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

- ・アセスメントの実施段階で、各支援項目（特別な介護に関する事項、移動に関する事項、排泄に関する事項、食事に関する事項など）の必要事項を把握し、個別支援計画書に反映して、利用者個々のケアマニュアルに沿って、ケアを提供している。ケアサービスは、事業所の各サービスマニュアルを基本として、利用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。利用者の心身の状態の変化により、ケアサービスの内容に変更がある場合は、「申し送りノート」に記入したり、写真などで説明して、全職員の共有化を図っている。
- ・利用者に、あらたな課題が生じた時には、棟会議や個別支援会議などで話し合いを行い、ケアマニュアルを変更している。ゴミを見ると、必ずトイレに流してしまう利用者には、ゴミが見えないようにふた付きのゴミ箱を用意し、本人にはトイレが詰まってしまうことを説明し、理解を促している。職員にも対応方法を周知して、統一した支援を提供している。また、転倒のリスクが見られるようになった利用者には、リスクマネジメント報告書（様式1）に発生状況を記入し、観察と分析を行い、リスクマネジメント報告書（様式2）に結果をまとめ、検討会議にて、現行のケアマニュアルの検証を行い、変更につなげている。

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"> ・ケアサービスについては、年1回以上実施する本人との面接を通して作成されるアセスメントシートやケアマニュアルにより、個々の意向やサービスの提供方法を明文化し、その書面を個別に保管することで、生活員全員が閲覧し情報の共有を行っている。アセスメントシート及びケアマニュアルは、リスクマネジメントや利用者の状況変化に応じて随時変更している。 ・ケアサービスの変更がある場合は、申し送りノートを活用しリアルタイムで情報の共有を図っている。また、生活スタイルに変化が生じる程の著しい機能低下や自他に対して危害がある等の課題行動等については、棟会議や個別支援会議等の中で課題提起し、情報収集のもとケアマニュアルを変更している。 ・ケアサービスには個別のケアマニュアルだけでなく、事業所としてのマニュアルを整備し、標準化した手順が明文化されている。
	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	○日々の申し送り内容に加え、各マニュアルやアセスメントシートの容量が多く詳細に把握出来ず、共有・実践へと活かしきれていない事がある。 【今後の取り組み】 <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマニュアル・アセスメントシートの記載内容の効率化を図り、知りたい事柄がすぐに調べられ、共有・実践しやすいようにしていく。

<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"> ・実施時は、ケアサービス毎のマニュアルを基本に、個別に作成したケアマニュアルにより個別化を図り対応している。また実施時に確認された情報は、サービスシステムを活用し、表面化させている。
	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	<p>○対応者間で連携が必要な際(健康管理や行動障害についての注意等)は、アセスメントシートに記載されていても、実際の場面で連携や報連相が不足し、情報(当日の体調や精神面等の状態)の共有に繋がらない事がある。</p> <p>【今後の取り組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアサービスごとの対応者間における情報の共有については、個々の障害特性に配慮したアセスメントシートから抜粋し、対応者に情報提供する。また、日々変化する内容は口答にて迅速に伝え、実践に繋げる。

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

- 毎年、定期的実施している利用者からのサービス評価結果は、サービス評価部会実施報告として、法人の「権利保障システム実施報告書」にて内容を報告している。「権利保障システム実施報告書」は、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、実践教育部会の実施報告書として、12月までにまとめている。それぞれの部会の成果と課題をあげ、次年度の事業計画に反映している。
- 食事に関する利用者の希望や声は、栄養士の聴き取りにより食事アンケートを実施する他、毎食の検食簿にも、「検食者のコメント」と「利用者のコメント」を2段で記載し、利用者の声を直接、厨房に届け、メニューに反映している。利用者の外出支援は、地域活動委員会にて、週1~2回実施している。利用者の高齢化や障害の重度化により、個人での外出が困難な現状を踏まえ、利用者が少なくとも2ヶ月に1回は外出できるよう支援している。
- 利用者自治会役員は、3年に1度、利用者の選挙により、会長、副会長、会計などの役員5名を選出している。月の初めに、自治会役員連絡調整会議を開催し、利用者からの声を要望書にまとめ、施設に提示し、改善策を協議している。毎月20日前後に居住者会議を開き、自治会役員連絡調整会議での話し合いの結果を報告している。利用者自治会の活動は、施設開設時より、継続的に行われている。
- 利用者の声は、支援担当が中心になり、日常の関わりの中で、直接、聴き取るように努めている。毎月1回以上、利用者との定期面接を行う他、第三者委員やオンブズマン、弁護士との相談の機会を設け、利用者の思いを確認している。受け止めた利用者の声は、本人の同意を得て施設へ報告され、毎月開催する棟会議の場などで、内容を検討し、個別支援計画やケアマニュアルの変更につなげている。

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"> • 施設サービス全般に対する評価は、毎年1回、利用者、職員、実習生、第三者委員により実施している。利用者評価では自身による記入の他、率直な意見が反映できるよう他部署の職員が聴き取り、代筆している。 • 施設サービスの内、要望等が多い食事や外出サービスに対する評価については、年1回のアンケートを実施し、改善に取り組んでいる。さらに、食事については、毎食の検食時に職員が利用者の感想を検食簿に記載し、栄養士がその情報を取りまとめ、メニューに反映させている。 • 日常の利用者からの声については、支援担当が中心となって毎月1回以上実施している定期面接にて確認をしている。確認された内容は毎月1回実施される棟会議にて報告され必要に応じて検討している。棟会議の内容は会議録にて全生活員が回覧して共有している。 • 初級職員には、法人のサービスシステムを含む権利保障システムが支援現場で活用されるべきことを継続的に説明している。また各システムの検証機能についても実際を通して説明している。
	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	○サービス評価の役割を理解できていない職員がいる。 【今後の取り組み】 <ul style="list-style-type: none"> • サービス評価がどのように実施され、その評価結果がどのように事業計画に反映されているかを生活員に周知し理解を深める。その上で日常の関わりの大切さを認識する。

<p><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</p>	<p>自己評価の内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> 職員は利用者からの要望を日常の関わりの中で直接聞くように心がけている。さらに、リスクマネジメント報告書に「訴え」の項目を設定し、書面化を図っている。 毎月1回実施している定期面接時に、支援担当が個別支援計画のモニタリングに加えて日常の困りごとを聞いている。吸い上げられた困りごとは、内容に応じ支援記録や棟会議の会議資料に記録され共有している。 自治会役員が、利用者からの要望等の訴えを聞き取り、その内容を自治会役員内で協議し、毎月1回行われる自治会役員連絡調整会議（自治会と施設との話し合いの場）において利用者からの要望として施設側に提示され、その要望を自治会役員と協議し、民主的な改善に努めている。 苦情解決責任者・受付担当者が配置されているが、法人の苦情解決部会にて全体を総括、検証できるシステムを構築している。また、その他の苦情受付機関としてかながわ身体障害福祉ネットワーク（当事者団体・通称 K-フレンズ・月1回来所）と神奈川県社会福祉協議会の運営適正化委員会を提示している。
	<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>	<p>○苦情・要望への気づきを促す。 【今後の取り組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> 苦情・要望が潜んでいないかを意識し、面接時に、より相手の思いを聞き出せるよう面接者のスキル向上を図っていく。 苦情・要望が拳がった際は、迅速に対応し、受付から対応までをより明確に示していく。また、早急に周知すべき内容であれば、申し送りにて徹底する。
<p><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</p>	<p>自己評価の内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> 個別支援計画書には、前年度中の総評やモニタリング時に評価された「状態の変化や事故等」に関する対応策を反映させている。また、毎月行われる棟会議の中でも、発生したリスクを記載し、生活員への周知や対応策の検討、評価を実施している。 アセスメントシートを作成する際は、過去に発生したリスク事象や障害上配慮すべき事項を想定しながら盛り込み、ケアマニュアルを具体的に記載している。
	<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>	<p>○インシデント情報の取り扱いについて、生活員の意識によって個別支援や支援計画へ反映されない事がある。 【今後の取り組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> インシデントについても要因分析を棟会議で検討・評価し、モニタリングシートや年度末総合評価書に記載することによって、事故防止の視点を取り入れた計画が作成できるようにする。 サービスシステム委員にて、リスク内容が適正に支援へ反映できているか検証する。

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

- 基本的なサービスマニュアルは、サービスシステム委員会にて、2年に1回見直しを行っている。サービスマニュアルの量が多く、全体の把握が難しいことから、サービスマニュアルの見直しを検討している。利用者個々に作成されたケアマニュアルは、リスクマネジメントから発生した個々の課題を把握し、改定につなげることができるよう取り組んでいる。食堂・入浴サービスの質の向上を目指した改善チームには、各棟から若手の職員を選んでチームを組み、検証、改善に取り組んでいる。
- 法人の「キャリアブック」を改訂し、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、法人の考え方を説明するとともに、キャリアパスについての考え方を提示している。キャリアパス総括表に基づき、1級～8級の職能要件と職務基準を示し、階層別の研修についてまとめている。
- 地域に向けた法人の社会貢献事業として、「誰もが安心して暮らせる地域づくり」を目指し、地域総合福祉拠点「なつめ」の運営をすすめている。地域総合福祉拠点「なつめ」には、災害時の地域対策拠点として防災対策本部を設置する他、地域みんなのサロンや、地域福祉団体支援室、障害者権利擁護相談センターなどの部屋を用意し、「誰もが安心して暮らせる地域づくり」の拠点として、地域づくりの取り組みを展開している。

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"> • 課題抽出の機会として、「事業所全体の課題を話し合うマネージャー・チーフ・リーダー会議（以下：マネチリ会議）」「自治会役員と生活員で話し合われる自治会役員連絡調整会議」「各利用者の個別支援を話し合う各棟会議」「非常勤生活員との話し合い」などを設定している。前述は、毎月1回開催している。また、リスクマネジメントから発生した個々の課題、リスク事象に特化した対策チーム、業務での課題改善を提起する業務改善提案書等をもとに、随時検討している。さらに、OJT機能を活用して食堂・入浴サービスの質の向上を求めた対策改善チーム等を組織し、あらゆる機会を通じた日常的なサービスの検証、改善等に努めている。
	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	○業務改善のシステムは、整備されているものの、生活員の日常での気づきが声にならない。ただし個別に確認すれば気づきを引き出せている。この結果、業務改善提案は特定の生活員に偏っている。 【今後の取り組み】 <ul style="list-style-type: none"> • 生活員全体の改善意識の向上を目指し、毎月のマネチリ会議へ一般生活員を定期的に参加させ、サービス改善計画の立案・実践・検証プロセスの理解につなげる。 • サービスマニュアルの確認時には、ムダ・ムリ・ムラに着目して現状との違いを修正し、一般生活員の見直しに対する意識向上に取り組む。

<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"> ・サービスマニュアルはサービスシステム委員会にて2年に1回見直しを行い、ケアマニュアルも1年に1回各支援担当が更新を行っている。改訂されたものは生活員へ回覧し周知している。また、リスクマネジメントとして取り上げられた事象等は随時検討し、サービスマニュアルやケアマニュアルの改訂・周知に繋げている。
	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"> ○サービスマニュアルの量が多く、把握することが難しい事から統一した対応が行えていない事がある。 ○特定の業務に偏り、自身が関与していない業務に関しては、マニュアルの課題を見つけだす事が難しい事がある。 ○マニュアルを把握、理解できていないものに関して、見直す為の行動（気づき・疑問を持つ事）がとれていない事や、自分の考えに自信が持てず、他者へ相談を行わない事で、問題提起から改善までに時間が掛かる。 【今後の取り組み】 <ul style="list-style-type: none"> ・生活員がマニュアルの内容を把握しやすいよう、サービスマニュアルの全体量の削減、見直しを行う。 ・書式や書き方についても、出来るだけ統一させ、読みやすく理解しやすいマニュアルを作成する。 ・特定の業務に同じ生活員が入り続けられないよう業務分担に配慮し、多くの生活員の視点から業務が見直されるようにする。 ・業務で疑問を感じた際は、業務改善提案書等を活用し、生活員同士で意見を出し合い検討していく。業務を行う際は「常にこれで良いのか」という疑問を持ちながら進めていく。
<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"> ・法人にてキャリアブックを作成し、階層毎の職能要件及び職務基準等を示している。また年度内に実施する業務管理及び目標管理についても周知を図り、目標を持った取り組みを推奨している。 ・資格取得については、受験費用の補助を実施している。また法人にて指定及び認定した資格には給与規程に基づき、給与に反映している。 ・職員研修については、年間計画を示すことと階層毎に求められる研修や課題別研修を提示し、計画的な研修受講につなげている。 ・事業所内の研修については、職員が講師を担い、事業所が抱えている課題等に対して適時に企画・実施することができた。また施設外研修を受講した場合、伝達研修を実施し、その内容を事業所に反映している。 ・初級職員には、1年目よりチューター制を導入し、技術等の獲得状況により個別にチューター付きの期限を設定し、育成している。
	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"> ○年間計画の研修と適時の研修とがあり、企画に苦慮した。 【今後の取り組み】 <ul style="list-style-type: none"> ・チーフが逐次、研修担当へ状況確認し、遅れのないよう進行管理する。 ・年間計画の研修とその時々で事業所が抱える課題解決の為の研修の必要性を精査し、優先順位の高い研修から企画する。

<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"> ・主に講演活動を行う蜚の会（利用者有志による会）の利用者が、公民館等で主催する車椅子講習や小学校で行われる福祉体験プログラムの講師をしている。また、職員も各種団体等の依頼に応じて派遣している。 ・地域で行われるイベントに利用者が参加し、地域住民との交流を図っている。 ・依頼に応じてボランティア活動や施設見学には柔軟に対応している。 ・地域自治会に加入し、自治会連合会と防災相互援助協定を締結している。また、年4回発行の法人機関誌は、地域自治会で回覧している。 ・自律生活体験室やリフト付き車輛、介護機器等の貸し出しを行っている。 ・法人の社会貢献事業として、市内戸川地区に地域総合福祉拠点を整備している。誰もが集える地域交流室や防災備蓄品・食料などを常備する防災拠点の役割を構築している。
	<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>	<p>○法人が実施する事業について、職員の認識度が低い。 ○地域の実情に目を向けることが大切。</p> <p>【今後の取り組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域自治会、民生児童委員等と連携を深め、地域の特性に応じた支援を図る。 ・ボランティアの受入体制を再確認する。 ・地域総合福祉拠点については、防災拠点としての機能強化を図り、地域の福祉課題を解決できるよう住民と専門職とのネットワークづくりを意識する。 ・法人独自事業は一部の職員のみが知っており、知らない事が多い為、法人内で実践報告会を開催するなど、理解を深められるよう努める。

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25年12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 51通 返送通数 51通 回収率 100.0%

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80%であった。
- 事業所のサービス全体の満足度は、「全体的にとっても満足である」が27%、「全体的に満足である」が27%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、35%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69%で、「生活を楽しめるようになった」が49%と続いている。
- 自由意見では、よい点:45件、努力を期待したい点:29件、その他意見:16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」「対応」「余暇」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「対応」が挙げられているほか、介護技術や食事などの「サービス」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

介助忘れの防止

取り組み期間

H25.9～12

PDCA	取り組みの概略
「P」 目標と 実践計画	マネージャー、チーフ、リーダー（以下：マネチリ）を中心とした改善チームにより、事業所が抱えている課題を抽出した。利用者の個別性を尊重するためには、約束した介助一つでも忘れてはならないことから、「介助忘れの防止」を最優先のテーマとして取り上げた。長期目標に「介助忘れがないシステムを構築すること」、短期目標に「システムについて適宜振り返りが出来ていて改善されていること、取り組みが全職員で共有出来ていて、実行出来ていること」をあげた。取り組みの開始にあたって、計画の内容を各申し送りで口頭説明し、全職員の共有化を図った。
「D」 計画の実践	具体的な行動計画として、取り組み期間を2ヶ月間とし、①全職員が「介助終了ごとに指差し・声出し確認を行なう」、「介助に向かう、終了時等の動作毎に職員同士声を掛け合い動作の確認を行なう」こと、②取り組み開始1ヶ月までに、マネチリ及び改善チームが、全職員から問題点を集めモニタリングを実施すること、③実施期間内にあらたな事象が発生した場合は、マネチリ及び改善チームで内容を精査し、1週間以内に改善策を立てること、④終了と同時にモニタリングを行い、全職員に点検・改善結果を報告して意見を集め、マネチリ会議で評価を実施することをあげ、取り組みを実践した。
「C」 実践の評価 結果	①の「指差し・声出し動作確認」は、1ヶ月が経過した頃から、意識の低下が見られた。多くの介助は一人で行うものであることから、忘れがちになり、定着できないまま期間が終了した。②の職員からの意見収集は、意見収集が思うように進まなかったため、収集方法を再検討した。そのため、まとめあげた時には残り2週間で、モニタリングまでは実施できなかった。③の実施期間内に発生した事象への対応は、最終的に指示を出すリーダー的存在を設定していなかったため、1週間での検討・改善は行えなかった。ただし、通常でのマネージャー指示での検討・改善は実施できた。以上、目標は未達成であったが、今回の取り組みでリスク事象を意識的に考えていたことで、リスク事象の発見が今まで以上に細かい視点であげられた。期間内に発生した事象はアクシデントではなく、インシデントにとどまっていた。インシデントに対応することで、大きな被害をなくすことに繋がる計画となった。
「A」 結果をふま えての改定 計画	今回の取り組みを行うにあたって、職員各個人への説明において、共通認識が図れなかったと感じられた。一般職員の意識改革とそれに基づく行動が、介助忘れの軽減に直結することから、チーフ、リーダー以外の現場職員が中心となり、1ヶ月間にあがった課題や意見を振り返り、「指差し確認」、「職員同士の声掛け確認」の意義を理解し、モニタリングを実施する計画へと変更して、取り組みを継続することにした。チーフ、リーダーは、現場において日頃から見本を示し、また実施への声掛けを継続し、現場職員を支持することで、施設全体で介助忘れゼロを目指していくことにした。

<第三者評価コメント>

利用者の個別性を尊重するため、利用者との約束事を忘れないことをテーマにして、取り組みを開始した。取り組み期間が短かったこともあり、目標は達成できなかったが、チーフやリーダーを中心とした取り組みを、一般職員を中心とした取り組みに改定して、計画を継続している。取り組みの成果に期待する。