

福祉サービス第三者評価 評価結果

【障がい者 施設入所支援・生活介護】

しらねの里

運営主体：社会福祉法人 白根学園

〒241-0001 横浜市旭区上白根町 1092 番地

| | |
|-------------------|-----------|
| 実施概要 | 1 ページ |
| 総合評価（評価結果についての講評） | 2～4 ページ |
| 評価領域ごとの特記事項 | 5～6 ページ |
| 分類・項目別評価結果 | 7～20 ページ |
| 利用者家族アンケート分析・集計結果 | 21～27 ページ |
| 利用者本人調査分析 | 28～29 ページ |
| 事業者コメント | 30 ページ |

2013年 3月 12日 作成

評価実施機関：特定非営利活動法人 市民セクターよこはま

実施概要

| | | | |
|--------|----------------------|----------|-------------|
| 事業所名 | しらねの里 | 施設種別 | 施設入所支援・生活介護 |
| 報告書提出日 | 2013年3月5日 | 評価に要した期間 | 5ヶ月間 |
| 評価機関 | 特定非営利活動法人 市民セクターよこはま | | |

評価方法

| | |
|--|---|
| <p>1、自己評価</p> <p>実施期間 2012年11月1日～2012年12月20日</p> | <p>事業所内、各部署の中間管理職が参加する「運営会議」で、自己評価について説明。部署により、評価票取りまとめ担当者が直接記入方法を説明。</p> <p>各項目値は、各職員から提出された各項目の平均評価を採用し、評価基準細目は、上記平均評価を基に該当する項目にチェックした。</p> <p>平均評価票を各部署に返し、「施設のアピールポイント及び課題」について検討した。</p> |
| <p>2、利用者家族アンケート調査</p> <p>実施期間 2012年12月5日～2011年12月22日</p> | <p>全利用者の家族(40世帯)に対して、施設側からアンケート用紙を配付した。</p> <p>各家族より、返信用封筒で、評価機関にあてて無記名で返送してもらった。</p> |
| <p>3、訪問実地調査</p> <p>実施日：第1日 2013年1月9日 第2日 2013年1月15日 第2日 2013年1月22日</p> | <p>[第1日]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・午前：書類調査、利用者の作業活動を見学。その後、施設長・支援課長に面接調査を実施。 ・昼食：食堂で、利用者とする。 ・午後：非常勤職員、中堅職員、若手職員各1名と面接調査を実施。その後、看護師・栄養士・課長・係長・主任に面接調査を実施。 <p>[第2日]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・午前：書類調査、施設長・課長に面接調査を実施。 ・昼食：食堂で、利用者と食事をする。 ・午後：利用者10名への個別面接調査を実施。その後、入所者が移行し利用しているグループホームを視察。引き続き、課長・係長に面接調査を実施。最後に施設長も含め、意見交換を実施。 <p>[第3日]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・午前：書類調査と、施設長・課長に面接調査、意見交換を実施。 |
| <p>4、利用者本人調査</p> <p>実施日：第1日 2013年1月15日</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のうち、10名を事業者が選定。 ・利用者1名については、希望により職員が同席し、9名については職員は同席せずに、1人あたり約15分のインタビューを相談室等で実施した。 |

総合評価（評価結果についての講評）

【施設の概要】

障がい者支援施設「しらねの里」は、よこはま動物園ズーラシアにほど近い緑豊かな環境の中にあります。

幹線道路からのどかな田園風景の中を進むと、中央に三角屋根の塔がある建物が見えてきます。施設は築22年の歴史を刻んだ「工」の字型の独特な形状の建物で、正面は管理棟となっているほか、スロープになった渡り廊下の奥は居住棟となっており、1階は男子棟、2階は女子棟となっています。

運営法人である「社会福祉法人 白根学園」は今年で創立52年となり、法人施設として障がい児の入所施設や就労支援事業所、グループホームなど計13事業所の運営を行っています。

「しらねの里」は、平成2年に開設された知的障がい者入所更生施設・白根学園第二成人寮が前身で、現在は「施設入所支援」と「生活介護事業」を行っています。施設定員は入所・生活介護50名、短期入所(空床型)4名、通所(しらねの里・げんき)40名です。また、入所者は昭和5年生まれを最年長に、50歳以上の方が半数を占める状況となっています。職員構成は、常勤職員25名、嘱託職員(非常勤職員)が14名で、そのほか、用務に常勤・嘱託職員が各1名となっており、嘱託職員が4割近くを占める状況となっています。

「社会福祉法人 白根学園」の法人理念「知識より信仰より愛を以って第一となす」に基づき、施設の行動指針として『しらねの里 五つの指針』を掲げ、「優しいこころ」「目くばり、気くばり」「相手の身になって」「自分自身を磨く」「範として恥ずかしくない身なり、態度」を明示し、法人理念の実践に努めています。

評価できる点

1、地域生活の移行推進を通じた、より豊かな生活の提供

「しらねの里」では、利用者一人ひとりの「その人らしい暮らし」の実現に向け、地域での生活が可能な利用者に対しては、施設退所を勧めると共に地域のグループホーム等への入居など、積極的な地域生活への移行推進に努めています。当施設は、年齢を重ねた入所者の長期的な生活の場として設立された経緯から、大半の利用者が長期の入所となっているほか、利用者の高齢化に伴い、身体介護や医療的対応が必要な利用者も増加している実情がありますが、安心して安定している施設生活にとどまることなく、一人ひとりの希望や個性を尊重し、利用者の状態に応じた快適な生活環境の確保と、より有効な支援体制の実践を支援方針に掲げ、地域移行の実現に努めています。地域移行の実践に向けては、利用者の正確な状態と意向の把握に努めているほか、保護者会を通じて利用者家族と随時意見交換しながら情報提供を実施し、年齢や障がいの状態に関わらず「その人らしい暮らし」を送ることが当然の権利であり、また実現可能であることを丁寧に説明し、利用者・家族の理解浸透に努めています。また、法人全体でもグループホームの設置推進に取り組んでいます。

実際に地域移行し、グループホームから日中活動に通所する利用者からは「移行してよかった」「横浜市地域ケアプラザなど地域の福祉サービスも利用出来て楽しい」などの意見が聞かれたほか、その表情から、施設を退所して地域生活を実現したことへの喜びを示す様子も確認されています。

2、利用者の状態に応じた、豊富な日中活動プログラムの提供

利用者の障がい特性に応じた身体の機能維持・向上と共に、入居者の高齢化に配慮し、老化予防や老化改善にも配慮しています。

それぞれの利用者の状態に応じ、個別支援計画に基づき、利用者の生きがいや楽しみ作りを主眼にした、縫製や紙工芸、リサイクル事業などの豊富な日中活動プログラムを準備しています。

また、利用者の要望も加味し、利用者の個性や特性を活かし、作業を単純化して役割分担を行うことで、達成感や満足を得られるように工夫をしています。

具体的な例として、利用者が営繕担当者と共に清掃作業に参加し施設の清掃に励んでいる利用者のヒアリングでは、清掃活動を通じて自身の役割を見つけるとともに、その行動成果が評価されることで、達成感や自尊心の向上につながり、充実した生活を送っている事例も確認されました。

このような日中活動プログラムの提供が、満足して日々を過ごしている利用者の姿に繋がっていると感じられました。

独自に取り組んでいる点

1、S・プロジェクト（改善・活性化委員会）の取り組み

平成24年度より、施設独自の取り組みとして、「S(しらねの里) - プロジェクト」を発足しています。このプロジェクトチームは、過日施設内で発生した利用者の権利侵害事件の検証結果を踏まえ、法人の人権検討委員会とは別のタスクフォースとして、利用者の権利擁護と施設全体の業務改善を目的に活動を行っています。「S - プロジェクト」では、施設内の中堅職員が中心となり、個々の職員の視点から積極的に意見交換し、適切な利用者支援のあり方や業務改善提案について職員が主体的に検討・協議する場として機能しています。

検討場面では、施設幹部が過去の苦情・要望のデータを集計・分析した結果において、導き出された課題に対する改善策をはじめ、業務改善に関する職員の意見・感想なども積極的に取り上げることとし、検討協議の上で随時実際業務への反映も行っています。

なお、発足後間もないこともあり、施設全体の業務改善に向けた取り組みは始まったばかりですが、利用者への直接支援の経験や視点に基づき、複数の職員が意見を交わしながら改善を図る取り組みは施設の今後の成長を支えるものとして、評価できるものと考えます。

今後も「S - プロジェクト」の活動が継続・発展し、職員一人ひとりの主体性や相互連携が高まることともに、利用者支援の更なる充実が図られることについて、大いに期待します。

改善や工夫が望まれる点

1、嘱託職員を含めた全職員での理念の共有とモチベーション向上に向けた取り組みを

調査時の職員ヒアリングでは、法人理念の実践方法や施設の事業方針に関する理解について、職員ごとの格差があることが確認されました。法人理念の内容が、個々の職員の考え方や信念などによって解釈に差が生じやすい可能性があることから、理念を正しく理解し共有・実践するためには、さらなる明確化を図るほか、言語化した共通のキーワードを持って認識を高めることも有効と考えます。今後の認識共有化と具体的な実践に向けた取り組みに期待します。

次代の施設機能と支援内容の拡充に向けた検討を行っていますが、単年度事業の計画策定にとどまり、中長期的な計画策定に至っていないことが大変惜しまれます。現在の不透明な社会情勢の中、

長期的な予測や展望は困難な状態にあります。法人及び施設の目指すべき事業の方向性に基づき、中期・長期の課題設定と達成のための具体的な方策を明確化して共有化を図り、組織が一丸となって取り組む体制の構築に期待します。

2、マニュアルの共有化と支援技術の標準化に向けた取り組みを

各種支援マニュアルは整備されていますが、嘱託職員への教育研修は、外部研修を受講した正規職員から、日常業務を通じての実践・指導が中心となっています。職員体制で比率が高くなっている嘱託職員に対して、マニュアルに基づく情報共有や施設内研修の充実とすべての職員が受講できるよう時間帯等開催方法を工夫し、サービスの質の均一化を進める一方、全職員が相互理解を進めることで、全職員が当事者意識を持ち、業務に対するモチベーションアップにもつなげていくことが期待されます。

また、ヒヤリハット及び事故事例について、個々の発生状況や原因分析、対応策の情報共有はなされていますが、さらに、事例の内容を複数の職員で多面的に検討し、導き出された対策を具体化して職員間で共有・実践に結びつけるシステム作りが望まれます。

嘱託職員を含めて、複数職員の意見を集約したより効果的な対策の立案や、再発防止策を明確化・具体化して、定期的にマニュアルの見直しを行うなど、情報と業務意識を共有し、支援技術の標準化と質の向上につなげることに期待します。

3、ボランティアの更なる活用と取り組みを

福祉に関する普及・啓発の一環として、多くの実習生を受け入れ、福祉人材の育成に力を入れています。また、実習生の反省会等で得た意見や感想は、日々の支援が施設内のみの対応になっていないかの確認にも活かされています。

一方、施設の立地から、自然豊かな環境ではありますが、市街地から離れ、地域住民との接点をもつ機会が乏しく、地域との繋がりを作りにくい環境となっています。

クラブ活動など、地域のボランティア参加による活動プログラムもあり、ボランティアの来訪を楽しみにしている利用者もいる一方、来所するボランティアが固定化されていたり、ボランティアについての認識が乏しい利用者もいることがヒアリングで見受けられました。

ボランティアの支援や意見は、利用者にとって余暇の幅を広げると共に、外部からの刺激により活性化に繋がっていきます。また、既に取り組んでいる地域防災協定や町内会や神社などとの間に構築された関係性を活かし、地域住民の方たちが施設と関わることで、地域への障がい者理解の普及啓発になることと、逆に地域の福祉ニーズを把握する機会となり、地域福祉のボトムアップに繋がりを、ひいては、利用者の地域移行のさらなる推進にも効果を及ぼすと考えます。

評価領域ごとの特記事項

このページは、かながわ福祉サービス第三者評価推進機構が定めた「評価領域」に則って記載しています。

1、人権の尊重

- ・ 学園創立理念「知識より信仰より、愛を以って第一となす」のもと、法人の基本方針として5つの行動指針を掲げ、利用者本人を尊重したものになっています。
“私たちは、利用者の権利を最大限に尊重し守ります”
“私たちは、地域社会の一構成員として、共に住み良い社会の実現のために努力します”
“私たちは、利用者的人格・個性・意思・人生を尊重します”
“私たちは、利用者のエンパワメントを支援します”
“私たちは、利用者のライフステージにあった有効かつ適切な支援を行います”
- ・ 利用者の年齢や状況に応じた呼称・言葉づかい等の接し方についての業務マニュアルは、定期的に見直し、係長が人事考課面接の際に、理解されているか確認しています。また、プライバシー保護について、業務マニュアルに留意事項が明示され、定期的には人権研修を実施しています。
- ・ 利用者を尊重した対応のために、ミニ勉強会での事例検討などを通じて倫理要綱や行動規範の周知に務めていますが、勤務上全職員の参加が難しく、嘱託職員等への周知が徹底されていません。

2、意向の尊重と自立生活への支援に向けたサービス提供

- ・ 自立生活・地域生活への移行支援を施設の運営理念として明文化しています。
- ・ グループホームやケアホーム等による地域生活支援に力を入れ、利用者一人ひとりの「地域での自立像」が明確になっています。また、利用者や家族と面談を行い、高齢や障害があっても地域移行することが可能であることや、その有用性を説明し理解促進に努めています。
- ・ 利用者の状態に応じた様々な日中活動プログラムを準備し、個別支援計画に位置づけて支援しています。利用者の生きがいや楽しみづくり」を活動方針に、職員全体の共通認識としています。
- ・ 日中活動はレクリエーションや紙工芸・縫製等の創作活動のほか、廃品リサイクルなど就労的な活動も実施しています。休日には外出や買い物、旅行等の余暇活動も行っています。活動内容は本人の希望や表情、行動傾向など意向に沿った活動実施に努めるほか、施設外の活動に参加する場合は随時関係機関と連携し、必要に応じてカンファレンス等も開催しています。
- ・ 一方、運営理念の内容を明確に示したマニュアル等はなく、全職員による運営理念の共有化は今後の課題となっています。

3、サービスマネジメントシステムの確立

- ・ 施設利用に際しては、重要事項説明書に沿って説明を行うほか、意思表示が難しい利用者でも実際の体験利用を通じて本人の意向把握に努めるとともに、家族の同意を得ることとしています。
- ・ アセスメントでは直接希望を聴取するほか、本人の参加が難しい場合でも可能な限り家族や後見人の同席を得て開催することとしています。個別支援計画の作成・見直しに関する会議は、年2回定期的開催し、利用者の希望を正確に反映出来るよう努力しています。
- ・ 居室は四人部屋から二人部屋への改修中となっていますが、個人の生活スタイルや趣味・趣向に合わせ、部屋の配置やベッドを設置するなど工夫しています。
- ・ 過去の苦情・トラブルや要望のデータは「苦情受付書綴り」にファイルしています。また、オンブズパーソンを導入するとともに施設の第三者委員を設置し、定期的に状況報告と意見交換を行っています。一方で、活用の実績がなく連絡先の公表もなされていないことから、今後は連絡先を掲示するなど活用しやすい体制の構築が望まれます。
- ・ 衛生管理・感染予防マニュアルを整備し、感染症の対応手順や各種報告体制について明示し対応の統一化に努めています。また、事故防止及び事故対応マニュアルを策定しているほか、職員緊急連絡網・家族連絡先リスト等も整備しています。行方不明者等の捜索に向けては、職員の居住方面別に応援体制を整備するなど、実際の発生を想定した実践的な体制整備も行っています。
- ・ 衛生管理・感染予防マニュアルは同委員会で検討・協議し、必要に応じて随時改訂していますが、定期的なマニュアルの見直しは行われていません。また、衛生管理・感染予防策は実際の支援場面で情報共有し実践していますが、マニュアルに基づく情報共有や全職員を対象とした研修の開催は行われていません。

- ・事故防止・事故対応に関する教育・研修は、実際の支援場面を通じて実践・指導を行っており、マニュアルやチェックリスト等を用いた確認体制は未構築となっているほか、職員の雇用形態等により周知・浸透に差異が生じています。また、施設長・事務係長が事故防止や防災関連の業務担当となっていますが、リスクマネジメントの担当部署やリスクマネージャーの配置など、事故防止に向けた組織的な対応体制の構築は今後の課題となっています。

4、地域との交流・連携

- ・横浜市旭区内の障がい者支援団体の活動に参画するほか、「NPO 法人福祉オンブズパーソン・横浜ふくしネットワーク(Yネット)」の事務局を務めるなど、地域の障がい福祉施策の充実化に取り組んでいます。
- ・納涼会等の施設行事に地域住民を招待するほか、施設広報誌「里のたより」を町内会に掲示するなど、福祉の普及啓発と情報発信、地域交流促進に取り組んでいます。また、バザーや納涼祭などの施設の行事に地域住民を招待しているほか、地元町内会の行事に参加したり、地域のスーパーと協力してバザーを開催するなど、地域の団体・機関と計画的に交流を図っています。施設近隣の動物園を活用し、散策を通じて利用者の活性化を図るなど、地域資源の積極的な活用も行っています。
- ・地域防災協定を締結し、地域住民と防災に関する交流を行うほか、町内会行事等を通じて地域の障がい福祉の普及啓発と理解促進に努めています。

5、運営上の透明性の確保と継続性

- ・法人就業規則・服務規律及び職員行動規範に基づき、利用者の権利擁護や個人情報保護など、職員の義務及び不適切行為の禁止等を明示し、全職員への周知に努めています。法人及び施設の運営状況は、理事会で承認・決定された予算・決算報告書を施設内で回覧するほか、保護者会を通じて家族にも報告し周知を図っています。法人のホームページで経営状況の情報開示も行っています。
- ・昨夏発生した施設内の虐待事件を踏まえ、検証報告書をもとに職員の教育研修を実施するほか、利用者の権利擁護に関する施設内研修を定期開催したり、他施設の不適切事例等を用いて検討機会を確保するなど、適切な支援のあり方について協議を重ねています。
- ・施設内で省資源に取り組み、地域とも協同してゴミ減量化・リサイクル推進に努めています。また、先般の震災の教訓から省電力化にも努力し、利用者と植物を育てるなど緑化の推進も行っています。
- ・法人の基本理念を施設内の各所に掲げ、利用者の権利擁護や個別性の尊重、地域生活への移行等の施設事業方針を提示して職員に説明するほか、事業計画書にも明記して職員に配布しています。理念及び方針の理解・浸透に向けては、施設長から折に触れ説明を行うとともに、施設広報誌のコラムにも取り上げ紹介するなど、周知と理解浸透に努めています。一方で、理念・方針の理解状況を点検・確認する機会がなく、職員ごとに認識の差異が生じています。
- ・年度ごとに事業計画を策定し、単年度の事業方向性を明確化して施設運営を実施していますが、中長期計画の策定は行われていません。法人・施設の目指すべき事業の方向性に基づき、中期・長期の課題設定と達成のための具体的な方策を明確化・共有化し、組織が一丸となって取り組む体制の構築が期待されます。

6、職員の資質向上の促進

- ・人事考課制度を導入し、段階的な職員の育成・評価を行っています。次期中間管理職の育成に努めるほか、現任の中間管理職に対しても、より重要な責務の担当や業務改善策の立案・遂行など、能力向上のための課題設定を行っています。一方、施設内の研修体制や、明確な管理職の育成・指導体制の構築は今後の課題となっています。
- ・横浜市社会福祉協議会等の年間研修計画に基づき、職員の研修ニーズを加味して研修計画を策定し、必要に応じて職員の派遣を行っています。常勤・嘱託職員ともに、原則として内外の研修に参加出来ることとしていますが、嘱託職員の外部研修参加は困難な実情もあり、研修機会の格差解消に向けた取り組みが期待されます。
- ・日常のサービス全般や、個別支援のマニュアルが整備されていますが、十分な活用と共有化がなされておらず、常勤・嘱託職員の援助技術にも格差が生じています。支援技術の標準化に向けた、さらなる工夫が望まれます。

分類別評価結果

横浜市評価基準を使用しています。評価基準の詳細については、横浜市健康福祉局「福祉サービス第三者評価」のホームページ <http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/hyouka/index.html> を参照して下さい。








「ひょう太」の数の意味は以下の通りです。

3つ：高い水準にある 2つ：一定の水準にある 1つ：改善すべき点がある

評価分類の結果は、各分類を構成する1~6つの項目の評価結果で決まります。「ひょう太」が1つしかつかない項目が1つでもあると、その項目の属する評価分類の結果は「ひょう太」1つとなります。

評価領域 利用者（子ども）本人の尊重

| 評価分類 | 評価の理由(コメント) |
|---|---|
| <p>- 1 利用者本位の理念</p>  <p>(1) 施設の理念や基本方針が利用者本人を尊重したものとなっており、全職員が基本方針を理解し、実践しているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 学園創立理念「知識より信仰より、愛を以って第一となす」のもと、法人の基本方針として、下記の5つの行動指針を掲げ、利用者本人を尊重したものになっています。 <ul style="list-style-type: none"> “私たちは、利用者の権利を最大限に尊重し守ります” “私たちは、地域社会の一構成員として、共に住み良い社会の実現のために努力します” “私たちは、利用者の人格・個性・意思・人生を尊重します” “私たちは、利用者のエンパワメントを支援します” “私たちは、利用者のライフステージにあった有効かつ適切な支援を行います” ・ 施設の理念、基本方針、支援内容については、パンフレットやHPに掲載されています。支援内容についての説明は、施設の運営方針とともに、重要事項説明書に記載されています。 ・ 全職員が理念や基本方針を理解するために、年度初めに、施設長から理念や5つの行動基本方針、中長期計画について伝え、朝のミーティングや施設内研修において、具体的な事例を挙げて理念の浸透に務めています。しかし、囑託職員を含めて全職員が理念を理解し、共感した上で、日々の支援が“利用者の権利を最大限に尊重し守る”ことを実践できているか確認するしくみづくりが望まれます。 |
| <p>- 2 利用契約時の対応</p>  <p>(1) 施設利用に関して本人に利用の意思確認を行い、利用手続きおよび利用者負担額等についてわかりやすく工夫して説明されているか。</p> <p>(2) 本人の障害特性や利用前の生活状況など必要な情報の把握が適切に行われているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設利用に関して、職員が利用者を訪問し、重要事項説明書にそって説明を行っています。意思確認が困難な利用者場合には、理解しやすいように短期利用体験をしてもらい、その様子から本人の意向を確認し、家族の同意を得ています。 ・ 施設利用に関して、利用者によりわかりやすい表現方法を用いて、サービス内容ごとにそれぞれの担当の課長・係長・主任が口頭で説明しています。ただし重要事項説明書はルビを振るなど利用者にもわかりやすい表現の工夫が望まれます。 ・ 本人の障がい特性や利用前の生活状況などを確認するために、入所前に家族や福祉保健センターの担当ワーカーから、利用調査票に情報を記載してもらい、面談での記録とあわせて個人ファイルに保管しています。 ・ 関係機関からの情報把握や調整はサービス管理責任者が担当し、支 |

| | |
|--|--|
| <p>- 3 利用者のニーズを正しく把握した個別支援計画の作成</p>  <p>(1) 利用者及び家族に面接等を行い、利用者のニーズを正しく把握し、解決すべき課題を把握することを行っているか。</p> <p>(2) 個別支援計画の内容は、利用者（代弁者も含む）の合意が得られているか。</p> <p>(3) 利用者の状況に応じて個別支援計画の作成・見直しを行っているか。</p> | <p>援に必要な情報は、朝ミーティングで職員に周知するほか、囑託職員にはOJTを通じて伝達しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 個別支援計画作成のためのアセスメントでは、利用者および家族に面接等を行い、生活状況を聞き取り、把握した利用者ニーズはモリタリング表に記載しています。 アセスメントの際、可能な場合には本人の同席により、意見や希望を聞き取るようにしています。本人の参加が難しい場合には出来るだけ、家族または後見人の同席を求め、本人・家族が不参加の場合には別途説明の機会を設けています。ただし、家族も同席できない場合には、郵送にてアセスメント結果を送付しています。 個別支援計画の作成・見直しに関する会議は年に2回定期的に行われ、この施設でどのような事をしたいのか、日中活動などではどのような事が楽しいのかなど、自分の意見が出せるように配慮し、利用者の要望や生活状況を把握しています。作成・見直しした個別支援計画は、本人の同意が困難な場合には、家族または後見人等に保護者会の機会等に説明し同意を得ています。 |
| <p>- 4 利用者の状況の変化に応じた適切なサービス提供の実施</p>  <p>(1) 個別支援計画にそって、適切なサービス提供が実施され、実施状況に関する評価・改善がなされているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> 個別支援計画にそって適切なサービスが提供されているか、日常的に日誌に記録し、対応に対する利用者の反応などは、必要に応じ個別ファイルに記載しています。 利用者の日々の状況に合わせて、認知症の予兆が出てきた場合などは状況を観察し対応策を考えるなど、柔軟にサービス提供の内容を変えています。 個別支援計画の変更にあたり、意思表示できる利用者は、意向を聞き取り、本人の同意を得ています。意思表示のできない利用者の場合は本人の様子を観察し、改善について家族や後見人に伝え同意を得ています。 |
| <p>- 5 快適な施設空間の確保</p>  <p>(1) 快適な生活が営まれるような環境（清潔さ、採光、換気、照明、バリアフリー等）への配慮がなされているか。</p> <p>(2) 【入所施設のみ】個人の生活が確保されるような施設面での工夫・取り組みを行っているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> 共有スペース内には、プライバシーを保つために仕切られたスペースはありませんが、相談室や廊下に長いすを置くなど、一人になれる場を用意し、自由時間には居室で過ごすこともできるようになっています。 利用者のより快適な生活環境の創出のために、入居棟の4人部屋を個室と2人部屋への改修を進め、安全で安心できる生活環境の提供に努めています。適正な利用者支援と事業所運営を視野に、定員減を検討し、監督官庁と調整を図っていますが、現在の時点では、完全には終了していません。 個人のスペースでは、利用者それぞれの生活スタイルや趣味・趣向に合わせて、自分の意思で個人所有の家具や備品等を使うことができます。 入居待機者や短期入所希望者の存在を勘案しつつも、現利用者の心身の状況と同室者との相性などを考慮して、必要性の高い利用者から2人部屋への移行を順次進めています。個人の生活が確保されるよう個人の身体・精神状況に配慮し、部屋の配置を換え、ベッドを入れるなどの工夫をしています。 |

- 6 苦情解決体制



- (1) 利用者(利用者本人の合意を得ることが困難な場合は代弁者)や家族がサービスについての要望や苦情を訴えやすい仕組みになっているか。
- (2) 要望や苦情等を受けて、迅速に対応できる仕組みになっているか。

- ・ 第三者的な相談体制として、オンブズパーソン(Yネット)の連絡先を掲載するほか、利用者も参加するセミナー等の開催など権利擁護の理解を深めるために活用しています。そのほか、第三者委員が決められ、年度末に事業報告と意見交換を行っています。ただし、相談実績はありません。第三者委員へ連絡先を公表するなど検討中ですが、直接相談できる工夫が期待されます。
- ・ 要望や苦情の内容と解決策は、ミニ研修等で取り上げ職員に周知し迅速に対応できるように努めています。
- ・ 過去の苦情・トラブルや要望のデータは「苦情受付書綴り」にファイルし、S・プロジェクト(改善・活性化委員会)で取り上げ、解決に活かしています。

- 7 プライバシーの保護・人権の擁護



- (1) 利用者を尊重した対応をしているか。
- (2) プライバシーの保護に積極的に取り組んでいるか。
- (3) 人権侵害の防止について明確な対応策が講じられているか。
- (4) 利用者の希望や意見が施設運営やサービスに反映する仕組みが整備されているか。

- ・ 利用者を尊重した対応のために、職員に対して、ミニ研修で事例検討を行い、倫理要綱や行動規範の周知に努めています。ただし、勤務シフトの関係で、全職員が参加することが難しく、嘱託職員等への周知が徹底されていません。
- ・ 利用者の年齢や状況に応じた呼称・言葉づかい等の接し方についての業務マニュアルは、定期的に見直し、係長が人事考課面接の際に、理解されているか確認しています。
- ・ プライバシー保護について、業務マニュアルに留意事項が明示され、定期的に入権研修を実施しています。
- ・ 虐待や人権侵害について、法人全体で定期的な権利擁護研修を実施するほか、中堅職員を中心としたS・プロジェクトを立ち上げ、普段の支援内容や出来事が人権侵害となっていないかどうかを話し合っています。
- ・ 利用者と接する場面で虐待や人権侵害等がおきないよう人権研修を開催しています。さらに職員個別の理解度に応じて日常業務においてOJTの実施を進めています。
- ・ 職員に対して、倫理要綱や行動規範の周知に努めていますが、さらに、嘱託職員等への周知が徹底されることが望まれます。
- ・ 利用者自治会制度が有り、隔月で集まり、個々の利用者の施設運営やサービスに関する意見を聞き取っています。玄関にご意見箱を設置し、趣旨説明「みなさんのこえをきかせてください」を添えて、利用者や家族が意見を出せるようにしています。

- 8 自立生活・地域生活への移行



- (1) 自立生活・地域生活への移行支援を施設の運営理念としているか。
- (2) 自立生活・地域生活への移行を支援するため関係機関と連携しているか。
- (3) 利用者への取り組みが施設内のみの適応になっていないか。
- (4) 自立生活・地域生活への移行に向けての相談支援が行われているか。
- (5) 自立生活・地域生活への移行を支援するための具体的な取り組みが行われているか。

- ・ 自立生活・地域生活への移行支援について、重要事項説明書の運営方針の中に明文化しています。
- ・ 地域移行について明確に示されたマニュアル等はなく、すべての職員に浸透するには至っていません。
- ・ 自立生活・地域生活へ移行が可能な利用者については、見通しをたて、それまでのプロセスや支援を含む個別支援計画を作成しています。
- ・ 自立生活・地域生活への移行を支援するために、福祉保健センターや地域活動ホーム、区社会福祉協議会等地域の社会資源等と連携し、情報の共有や地域の課題把握など連携しています。
- ・ グループホームやケアホーム等による地域生活支援に力を入れ、利用者一人ひとりの「地域での自立像」が明確になっています。
- ・ オンブズパーソンの来訪やYネットの研修、実習生との意見交換などを、施設内のみの適応になっていないかチェックする機会としています。
- ・ 自立生活・地域生活への移行のために必要な情報や、地域生活を支援するための情報について、家族会で資料等を配付し説明するほか、実際に体験できる機会を設けています。
- ・ 利用者や家族と面談を行い、自立生活・地域生活への移行を実現するために、必要としている支援に関するニーズを把握しています。安全で安定した施設への長期入所を希望している利用者家族に対して、高齢や障がい状況に応じて地域移行することが可能であり、その有用性を説明し理解を促進しています。


- 9 特に配慮を要する利用者への取り組み(医療対応含む)







- (1) 特に配慮を必要とする利用者に対する支援に取り組んでいるか。
- (2) 日常生活に医療的な配慮を必要とする利用者に対する支援に取り組んでいるか。

- ・ 特に配慮を必要とする利用者の受け入れについては、ハード面の改善などの工夫によって、断らないように努めています。
- ・ 特に配慮を必要とする利用者への支援について、専門医療機関や司法関係機関、更生相談所、福祉保健センター、地域活動ホームなどの等必要な関係諸機関と連携して支援方針を決定しています。
- ・ 日常生活に医療的な配慮を必要とする利用者も受け入れる体制があります。
- ・ 日常生活に医療的な配慮を必要とする利用者への支援に関して、内科医、精神科医とそれぞれ嘱託契約により、各担当医が月に一度往診を実施し、その方針を立てています。心理士による施設訪問カウンセリングを月に一度実施し、週一回、歯科往診による口腔ケアと、嚥下機能低下防止の為のアドバイスを受けています。

評価領域 サービスの実施内容

| 評価分類 | 評価の理由（コメント） |
|---|--|
| <p>- 1 利用者本位のサービス提供（食事、入浴、排泄等）</p>  <p>(1) 利用者の障害状況、健康状況に配慮した食事を用意しているか。</p> <p>(2) 食事を楽しむための工夫が取り入れられているか。</p> <p>(3) 食事支援は適切に行われているか。</p> <p>(4) 入浴支援は個人的事情に配慮し、安全に行われているか。</p> <p>(5) 入浴を楽しみにしている利用者に対応しているか。</p> <p>(6) 排泄支援は適切に行われているか。</p> <p>(7) 更衣・整容についての支援は適切に行われているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者ごとに個別の対応マニュアルを作成し、職員間で活用しています。疾患や障がい状態に応じてミキサー食や刻み食、減塩食など複数形態の食事を提供するほか、体調不良時はおかゆに変更するなど、個々の状況に合わせて対応しています。自助食器や福祉用具を導入するなど、使いやすさや安全にも配慮しています。 ・管理栄養士や支援課長、支援職員らが参加して「給食支援会議」を定期開催し、食事支援に関する内容の検討・協議を行っています。選択メニューや利用者の要望を反映した「ご希望メニュー」を隔月で実施するなどの取り組みも実施しています。季節行事や旬の食材を使った食事メニューの提供をはじめ、外出時はお弁当の提供も行っています。 ・食事に配慮を要する利用者に対しては個別に対応を実施し、利用者ごとに個別の対応マニュアルを準備して対応の統一化を図っています。一方、食事支援に関する教育研修は、日常業務を通じて実践・指導を実施し、マニュアルに基づく情報共有や施設内研修の開催はなされていません。 ・居住棟は男女別に分かれており、職員も同性を配置して完全同性介助を実施しています。入浴に配慮を要する利用者に対しては個別の対応マニュアルを活用し対応を統一化しています。浴室はバリアフリーで、入浴用リフトやシャワーチェア等の介護用品も導入して安全な入浴支援に努めています。また、必要な利用者には検温や血圧測定等のバイタルチェックも実施しています。一方、入浴支援に関する教育研修は、日常業務を通じて実践・指導を実施していますが、マニュアルに基づく情報共有や施設内研修の開催はなされていません。 ・入浴は日曜日以外は毎日可能です。入浴時間は午後で、介助を要する利用者を優先し、自立の利用者は18：00～20：00の間で自由に入浴することが可能となっています。季節ごとに菖蒲湯やゆず湯などを取り入れたり、日常的にも入浴剤を使うなど、入浴を楽しめるように工夫したり、希望者は個別入浴も可能となっています。また、発汗や失禁等で汚れた場合には随時シャワー浴も利用出来るようになっていきます。 ・排泄支援は現場業務を通じて共有化し、配慮が必要な利用者については個別の対応マニュアルを準備して対応を統一化しています。トイレ誘導は随時及び定時で実施し、同性職員による完全同性介助を実施しています。トイレは洋式で暖房・洗浄機能付きの便座を採用し、嘱託職員が毎日清掃しています。また、排泄の状況は、排泄チェック表を活用して随時確認しています。利用者の高齢化に伴う介助の必要性に鑑み、外部の理学療法士を講師に招いて排泄介助に関する研修会も実施しています。一方、排泄支援に関する教育研修において、マニュアルを活用した情報共有は実施されていません。 ・洗顔や歯磨き・整髪等の整容介助・支援を定時で実施し、適切な身だ |

| | |
|--|---|
| | <p>しなみ習慣の獲得に向けた対応を実施しています。着衣は施設内と外出時で分けるよう支援しており、着心地や見た目にも配慮しています。また、利用者の好みを尊重し、希望を聴取したり表情や様子観察などから意向の把握に努めています。衣類は職員が代理購入するほか、家族の持参も受け付けています。一方、着衣にこだわりが強い利用者など、障がい特性によっては更衣の頻度にばらつきがあり、適切な衣習慣獲得に向けた施設としての共通の支援方針や、統一した見解を共有するまでには至っていません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所の作業場面等で着衣が汚れた場合は、随時更衣の介助・支援を実施しています。また、着衣に乱れがある場合は声かけや介助等で適切な身だしなみの習慣づけや、季節に合わせた着衣の選択についても助言・指導を行っています。 |
| <p>- 2 コミュニケーションの支援</p>  <p>(1) コミュニケーション能力を高めるための支援は適切に行われているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・明確な意思表示が困難な利用者の意向把握に向け、表情や動作、ジェスチャーなどの行動傾向を確認し、職員間で情報共有して対応を行っています。 ・色や単語での意思表示など、利用者ごとの独特な表現方法を把握して、個性を尊重した関わりに努めています。一方、宿直勤務など職員の勤務形態によっては周知・浸透に差があり、十分な共有化は図られていません。 ・コミュニケーション能力の向上・改善に向けた支援の工夫や成果について全職員が共有し、利用者により円滑なコミュニケーションの実践につなげることが今後の課題となっています。 |
| <p>- 3 日中活動の支援</p>  <p>(1) 日中活動プログラムは適切に行われているか。(入所系サービス)</p> <p>(3) 日中活動プログラムの中で適切な生産活動等を行っているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状態に応じた様々な日中活動プログラムを準備し、個別支援計画に位置づけて支援しています。利用者の生きがいや楽しみづくりを活動方針として、職員全体の共通認識としています。 ・日中活動は障害者自立支援法の「生活介護」で、レクリエーションや紙工芸・縫製等の創作活動のほか、廃品リサイクルなど就労的な活動も実施しています。 ・休日は外出や買い物、旅行等の余暇活動も行っています。活動内容は本人の希望や表情、行動傾向など意向に沿った活動実施に努めるほか、施設外の活動に参加する場合は随時関係機関と連携し、必要に応じてカンファレンス等も開催しています。 ・作業時間は午前・午後でそれぞれ1時間30分を基本として設定し、途中休憩を設けるとともに、水分補給の機会も確保するなど健康面にも配慮しています。作業行程や作業内容を分類・単純化して負担軽減を図り、無理なく作業に専念できるような環境調整も行っています。 |
| <p>- 4 余暇・生活内容の充実</p>  <p>(1) 利用者が主体的に余暇活動ができるように支援しているか。</p> <p>(2) 利用者の趣味に応じた選択の自由が保障されているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・余暇活動の内容は、利用者からの意見や好みの傾向などから意向の把握に努めるほか、家族の意見も取り入れながら、様々な活動を実施しています。利用者自治会「ばらの会」を通じて、利用者に向けて活動内容の確認と連絡を実施するほか、希望者には個別の情報提供も実施し、地域行事の開催案内を施設内に掲示して周知しています。 ・横浜市旭区地域自立支援協議会の日中活動専門部会による「当事者交流会」や、旭区社会福祉協議会の「青年学級」等の情報提供と参加調整を随時実施しています。利用者の希望を反映し、日帰り旅行や毎月 |

| | |
|---|---|
| | <p>のお楽しみ会など複数の行事開催を開催するとともに、利用者自治会を側面的にサポートし、利用者が主体的に余暇活動ができるように努めています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設内に公衆電話を設置し、自由な使用を認めているほか、必要に応じて随時通話の介助・支援を行っています。支援員室にはパソコンを設置しインターネットの利用環境を整備しています。新聞や雑誌等の定期購読も可能で、ラジオ・テレビ等の個人所有も認めています。 ・余暇支援の一環として、休日を中心に散歩や買い物等の外出を適宜実施していますが、職員等の同伴を必要とする場合が多く、利用者の希望に応じた自由な外出は難しい状況となっています。 |
| <p>- 5 健康管理</p>  <p>(1) 日常の健康管理は適切に行っているか。</p> <p>(2) 服薬等の管理は適切に行われているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・正規雇用の看護師が常勤し、嘱託医と適宜連携するなど、健康相談が随時受けられる体制を確保しています。利用者の身体状況に応じて運動プログラムを用意し実施するほか、鍼灸師による訪問リハビリを導入し、機能低下防止に努めています。 ・職員及び利用者全員を対象にインフルエンザの予防接種を例年実施しているほか、希望に応じて肺炎球菌ワクチン等の予防接種も実施しています。往診歯科を導入し、定期的な歯科治療及び歯科検診・口腔ケアも実施しています。 ・入所者のほぼ全員を対象に服薬支援を実施しています。薬剤は看護師が管理・分別するほか、日勤職員及び服薬支援担当の職員が確認し与薬する流れとなっており、複数職員によるチェック体制を確保しています。また、男女別に配薬ケースの色を分けたり、与薬用の透明ポーチを活用して与薬漏れ防止に努めるなど、工夫しています。 ・日常の運健康管理を適切に行うために、「医療用受診ファイル」を整備し、利用者ごとの処方内容や通院の経過記録等を管理して情報の一元化を図っています。誤薬や服薬漏れなど、服薬トラブルの発生時は「健康管理マニュアル」に基づき報告及び対応手順をルール化して、職員間で共有しています。利用者の服薬支援の内容も個別にマニュアル化し、服薬チェック表を活用して管理しています。服薬チェック表には利用者ごとの錠数や合包数等も記載して、与薬時に相違がないか確認出来るようにしています。 ・利用者の健康管理や、医療対応を要する利用者の支援に対しては、個別の対応マニュアルを準備しているほか、実際の現場業務を通じて実践・共有していますが、各部署共通の健康管理マニュアルは活用されていません。 ・外部研修の参加報告や伝達講習等で職員間の知識・情報の共有化に努めていますが、全職員対象の医療に関する研修は実施されておらず、部署や正規・嘱託などの勤務形態によって知識や支援技術のバラつきが生じています。 |

- 6 金銭管理



- (1) 利用者の所持金の管理は適切に行われているか。
- (2) 自己管理できる利用者に対する支援は適切に行われているか。
- (3) 意思判断能力が低下している利用者の計画的な出納支援がなされているか。

- ・法人共通の預かり金管理規定を定め、利用者の同意に基づき金銭出納と年金管理を実施しています。金銭管理の内容は、入所時や契約時等に説明し、重要事項説明書にも記載して利用者・家族に周知を図っています。金銭の出納状況はパソコンで管理し、家族会等を通じて定期的に開示して承認を得るほか、欠席者には出納記録を郵送して状況を報告しています。金銭の出納記録は、利用者ごとの「育成記録」に綴じて保管しています。出納は所定の様式と手順に則り、通帳・印鑑を別保管とするほか、複数職員が関与して相互確認するなど適切に管理しています。
- ・自己管理できる利用者には、居室に施錠可能なロッカーを設置しているほか、お小遣い帳を提供するなどして利用者本人が金銭の自己管理を行えるよう支援しています。一方、自己管理可能な利用者は少数のため、あんしんセンター等外部の支援機関との連携には至っており、管理能力向上のための支援プログラムも準備されていません。
- ・利用者の状況に応じて、随時成年後見制度の利用支援を実施しており、保護者会の機会を通じて説明を行い、周知と理解浸透に努めています。なお、入所者の約1割が成年後見制度を適用しています。


- 7 施設と利用者家族との交流・連携



- (1) 家族には組織的に情報が伝えられ、家族からの情報も得られるようになっているか。
- (2) 施設を利用している時間以外での利用者と家族のための支援を行っているか。



- ・面会時間は毎日10:00～19:00となっており、生活に支障のない範囲で面会や生活状況の確認が出来るほか、面会後の同伴外出や施設内で共に昼食をとることも可能となっています。法人広報誌「SHIRANE」を年4回、施設広報誌「里のたより」を隔月で発行し、法人関連事業所の紹介や施設行事の開催状況などを伝えています。家族からの相談は、保護者会開催時のほか、要望に応じて随時相談対応を実施し、利用者支援以外の事柄にも広く応じるほか、施設を退所したケースでも適宜相談対応を行っています。
- ・利用者の外泊は、利用者・家族の希望に基づき設定するほか、個別支援計画にも位置づけ実施しています。外泊により、生活リズムが崩れがちだったり精神的安定を維持しにくいケースなど、配慮を要する利用者に対しては、事前に家族と意見交換し調整を行うほか、障がい福祉制度や関係機関、利用可能なサービスなど、在宅生活で活用出来る社会資源の情報提供も随時実施しています。

評価領域 地域支援機能

| 評価分類 | 評価の理由（コメント） |
|--|---|
| <p>- 1 施設の専門性を活かした地域住民に対する相談・サービスの提供</p>  | <ul style="list-style-type: none"> ・旭区自立支援協議会の日中活動専門部会等に職員を派遣して利用者の活動支援を実施しているほか、「NPO法人福祉オンブズパーソン・横浜ふくしネットワーク（Yネット）」の事務局を務めるなど、様々な活動に参加して地域の障がい福祉施策の充実化に取り組んでいます。 ・納涼会等の施設行事に地域住民を招待するほか、施設広報誌「里の |

| | |
|---|--|
| <p>(1) 地域の福祉ニーズを把握するための取り組みを行っているか。</p> | <p>たより」を町内会で回覧するなど、福祉の普及啓発と情報発信、地域交流促進に取り組んでいます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域防災協定を締結し、地域住民と防災に関する交流を行うほか、町内会行事等を通じて交流を図りながら、グループホームの設置推進と利用者の地域移行推進のために、地域での障がい者理解の拡充に努めています。 ・ 一方で、地域住民対象の講演会や研修会は開催していないほか、地域住民からの直接相談や、地域の福祉ニーズの把握と 具体的対応は実施されていません。 |
|---|--|

評価領域 開かれた運営

| 評価分類 | 評価の理由（コメント） |
|---|--|
| <p>- 1 施設の地域開放・地域コミュニティへの働きかけ</p>  <p>(1) 地域への施設に対する理解促進のための取り組みを行っているか。</p> <p>(2) 利用者地域との交流により、利用者の生活の充実と地域の理解を深めているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ バザーや納涼祭などの施設の行事に地域住民を招待し、地域住民にも毎年開催することが定着し、多数の参加があります。 ・ 町内会や神社の行事に参加したり、地域のスーパーと協力してバザーを開催したり、地域の団体、機関と計画的に交流を図っています。 ・ クラブ活動のプログラムとして、グループでの外出支援を取り入れ、利用者の要望が高い近隣のコンビニや飲食店等を利用するなど、地域への施設に対する理解促進に努めています。また、近隣にある動物園を活用し、動物を見ながらの散歩を歩行訓練として遊び感覚で取り入れているなど、地域資源を活用しています。 ・ 地域の情報を収集し、神社の祭りや地域活動ホームの餅つき大会などのチラシを掲示するほか、内容を説明して利用者が理解出来るように配慮して情報を提供し、利用者の生活の充実を図っています。 |
| <p>- 2 サービス内容等に関する情報提供</p>  <p>(1) 地域住民や利用を希望する障害者が関心のある事項についてわかりやすく情報を提供しているか。</p> <p>(2) 利用希望者の問い合わせや見学に対応しているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設のパンフレット・広報誌・ホームページ等により、地域や関係機関に常に最新の情報を提供しています。広報誌「里のたより」を年5回発行し、町内会の回覧板に掲載してもらっています。 ・ 法人として、パンフレットやホームページにより施設の概要やサービス内容についての情報は提供していますが、地域住民や利用を希望する障がい者に対して、施設のサービスの詳細、料金、職員体制等、必要な情報をわかりやすく提供するには至っていません。 ・ 施設の基本方針や利用条件・サービス内容等についてパンフレット・重要事項説明書等の資料に基づいて、利用希望者の問い合わせや見学に対応しています。 ・ 利用希望者からの問い合わせには、見学ができることを案内しています。 |


- 3 福祉に関する普及・啓発・ボランティア活動等の促進



- (1) ボランティアの受け入れを積極的に行っているか。
- (2) 実習生の受け入れを適切に行っているか。

- ・ ボランティア受け入れのためのマニュアルはありません。
- ・ ボランティアの参加は、利用者にとって生活を豊かにする機会であり、地域での障がい理解の推進にも繋がるため、積極的なボランティアの参入に向けた取り組みに期待します。
- ・ ボランティアの受け入れは、朝のミーティングで職員に人数や活動内容など趣旨を伝え、利用者には、支援員が当日の受け入れボランティアについて伝えていきます。そのほか、登録ボランティアの紹介を写真入りで名前と来訪日を掲示板に貼り出しています。
- ・ 実習生受け入れのためのマニュアル等があり、施設長がそれに基づき施設の方針、利用者への配慮等を十分説明しています。
- ・ 実習目的に応じた効果的な実習が行われるために学校等からの事前の要望に応じて実習場面や内容を選ぶなどプログラム等を工夫しています。
- ・ ボランティアや実習生の反省会等で得た意見や感想を施設運営に活かしています。

評価領域 人材育成・援助技術の向上

| 評価分類 | 評価の理由（コメント） |
|--|---|
| <p>- 1 職員の人材育成</p>  <ul style="list-style-type: none"> (1) 施設の理念や方針を実現するために必要な人材の確保・育成に取り組んでいるか。 (2) 職員・非常勤職員の研修体制が確立しているか。 (3) 非常勤職員等にも日常指導を行っているか。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設長が施設の理念や方針を実現するために、サービスを遂行する上で十分な人材構成であるかをチェックし、必要な人材の採用は法人が行い補充しています。 ・ 人材育成については、人事考課で職種や職能、経験年数などにより期待される役割等について、明確にされています。一方、人材育成を効果的に進めるためには、個々の職員・主任に期待される役割、職員配置の考え方、人材育成の方法等を明文化し、組織として計画的に取り組むことが望まれます。 ・ 内部研修や横浜市や神奈川県、社会福祉協議会の開催する研修に、常勤・嘱託職員ともに必要な職員が受講できます。ただし、常勤・嘱託の研修機会の格差解消に取り組んでいますが、嘱託の外部研修は難しい状況にあります。 ・ 職員の研修体制は、横浜市社会福祉協議会等の年間研修計画を活用し、係長が各職員の受けるべき研修をアドバイス・指導をしています。しかし、個々の研修ニーズに配慮して、嘱託職員も含めて、施設として求める人材像、目指す援助技術を明確にし、研修計画を作成することが望まれます。 ・ 業務にあたっては係長が業務内容に応じて、常勤職員と嘱託職員の経験と技術を考慮した組み合わせに配慮してシフトを決定しています。 ・ 嘱託職員に対し、常勤職員と同様に資質向上のために、内部研修への参加は義務づけていますが、外部研修については、研修に参加した常勤職員から OJT による指導での取り組みにとどまらず、より一層研鑽されることを期待します。 |

- 2 職員の援助技術の向上・一貫性



- (1) 職員のスキルの段階にあわせて計画的に職員の援助技術の向上に取り組んでいるか。
- (2) 施設内の支援の一貫性を確保するための取り組みを行っているか。

- ・ ヒヤリハットをとりまとめ、工夫・改善した良いサービス事例をもとに、反省・改善につなげる研修を行っていますが、統計分析により、一層のサービス向上を目指した取り組みには至っていません。
- ・ 日常のサービス全般について「緊急時支援マニュアル」に基本姿勢を示し、「支援関係マニュアル」で個別の支援についてのわかりやすいマニュアルが整備されています。
- ・ 各部門の業務分担や責任の所在を明確にしており、朝の職員ミーティングで各部門の代表者に連絡事項を伝え、その後、各部門会議で全職員に連絡事項を伝える仕組みとなっている。
- ・ 嘱託職員と常勤職員との援助技術の格差解消のための取り組みが始まっていますが、施設内の支援の一貫性確保のために、さらなる工夫が望まれます。



- 3 職員のモチベーション維持





- (1) 職員個々の適性・経験・能力に応じた役割を与えやりがいや満足度を高めているか。
- (2) 職員が健康に仕事ができるような職場環境を整えているか。

- ・ 経験・能力や習熟度に応じた役割が期待水準は、「職務階層と求める機能のイメージ/求められる機能・対象者」に明文化されています。
- ・ 利用者の状況に応じ自主的に判断できるように、現場の職員に可能な限り権限を委譲していますが、さらに、半数を占める嘱託職員への業務権限委譲、職務の明確化など、やりがいや満足度を高める工夫の検討が望まれます。
- ・ 係長は、職員が長時間通しての勤務になることが無いよう配慮していて、職員は当直室または職員室で必要な時に休憩をとることが出来ます。
- ・ 職員の心身の健康状態を把握し不調がある場合は適切に対応するよう努めています。過去に、施設の臨床心理士によるメンタルヘルス相談を実施した事例も報告されていますが、職員が常に健康的に業務に従事出来るよう、継続的な職場環境の整備が望まれます。

評価領域 経営管理

| 評価分類 | 評価の理由（コメント） |
|---|--|
| <p>- 1 経営における社会的責任</p>  <p>(1) 事業者として守るべき、法・規範・倫理等を周知し実行しているか。</p> <p>(2) ゴミ減量化・リサイクル・省エネルギーの促進、緑化の推進など環境に配慮しているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・法人就業規則・服務規律及び職員行動規範に基づき、利用者の権利擁護や個人情報保護など、職員の義務及び不適切行為の禁止等を明示し、全職員への周知に努めています。法人及び施設の運営状況は、理事会で承認・決定された予算・決算報告書を施設内で回覧するほか、保護者会を通じて家族にも報告し周知を図っています。また、法人のホームページに年度ごとの貸借対照表を掲載するなど、積極的に経営状況の情報開示を行っています。 ・平成 24 年夏に発生した施設内の虐待事件を踏まえ、検証報告書をもとに職員の教育研修を実施するほか、利用者の権利擁護に関する施設内研修を定期開催したり、他施設の事例等を用いて検討機会を確保するなど、適切な支援のあり方について協議を重ねています。 ・ゴミ分別やコピー紙の再利用のほか、日中活動にエコキャップ運動（ボトルキャップ回収によるワクチン寄付）や空き缶回収等を取り入れるなど、地域と協同してゴミ減量化・リサイクル推進に努めるほか、先般の震災の教訓から、施設全体で省電力化にも取り組み、利用者と植物を育てるなど緑化の推進も行っていきます。一方で、施設としての環境配慮の考え方を明確な目標・方針として位置づけるまでには至っていません。 |
| <p>- 2 施設長のリーダーシップ・主任の役割等</p>  <p>(1) 施設の理念や基本方針等について職員に周知されているか。</p> <p>(2) 施設長は自ら施設の理念や基本方針等を実行しているか。</p> <p>(3) 重要な意思決定にあたり、関係職員・利用者等から情報・意見を集めたり説明しているか。</p> <p>(4) 主任クラスの職員がスーパーバイザーとしての役割を果たしているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・法人の基本理念を施設内の各所に掲げるとともに、利用者の権利擁護や個別性の尊重、地域生活への移行等の施設事業方針を提示して職員に説明するほか、事業計画書にも明記して職員に配布しています。理念及び方針の理解・浸透に向けては、施設長から折に触れ説明を行うとともに、施設広報誌のコラムで日常のエピソードを交えて紹介するなど、周知と理解浸透に努めています。一方で、理念・方針の理解状況を点検・確認する機会がなく、職員間の認識の差異が生じています。 ・施設長自ら利用者の「朝の会」に参加し利用者との交流を深めるほか、利用者自治会への参加や生活スペースに赴いて意見を聞くなど、利用者と直接触れ合う機会を随時設定しています。また、利用者の意見や職員の改善提案を聴取し、実務への反映に努めています。施設内に「改善・活性化委員会（S-Project）」を発足し、利用者や家族、職員、地域等からの様々なアイデアやニーズを調査して企画立案するなど、組織的な改善に向けた取り組みを行っています。施設長が法人理事会の評議員を務め、理事会と支援現場の疎通と連携携向上を図っています。 ・法人及び施設の重要な意思決定は、法人理事会の承認・決定を受け、事業所ごとの会議等で理由・経過を職員に説明し、周知を図っています。利用者・家族に対しては、利用者自治会や保護者会などで説明を行っています。改善・活性化委員会や安全衛生委員会など、複数の職種が参加・検討する委員会組織を多数設置して、施設運営の改善及び質向上にも努力しています。 ・人事考課制度を導入し、段階的な職員の育成・評価を行っているほか、 |

| | |
|---|--|
| | <p>次期候補者を外部の管理職養成研修に派遣するなど、中間管理職の育成に努めています。また、現任の中間管理職に対しても、より重要な責務の担当や業務改善策の立案・遂行など、更なるスキル向上のための課題設定を行っています。一方、施設内の研修体制整備や管理職育成・指導體制の構築は今後の課題となっています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・係長・主任は、朝礼や業務引継ぎ場面を通じて職員の業務状況を把握しているほか、係長が職員勤務表を作成し、職員の経験や能力、技量などのバランスを考慮し職員配置を行うとともに、職員ごとの業務目標に基づく助言・指導を実施しています。また、職員と随時面談し意思疎通の円滑化にも努力しています。 |
| <p>- 3 効率的な運営</p>  <p>(1) 外部環境の変化等に対応し、理念や基本方針を実現するための取り組みを行っているか。</p> <p>(2) 施設運営に関して、中長期的な計画や目標を策定しているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・施設長が（財）日本知的障害者福祉協会・調査・研究委員会の委員を務めるほか、全国及び神奈川県知的障がい福祉関係団体に所属し、常に最新情報の収集・分析を実施して施設運営に反映しています。人・施設運営に関する重要な情報は、法人理事会や法人の運営委員会で重点改善課題として位置づけ、各施設の事業方針に具体化し実施することとしており、各事業所ごとの会議等を通じて職員に周知しています。 ・利用者の高齢化に伴う支援内容の改変や設備改修、事業メニューの拡大など、次代の施設運営に備えた事業内容の検討を行っています。また、司法書士や税理士等からの助言や施設のオンブズパーソンである弁護士、学識経験者等からも適宜意見を取り入れ、施設運営に反映しています。 ・年度ごとに事業計画を策定し、単年度の事業方向性を明確化して施設運営を実施していますが、中長期計画の策定は行われていません。 |
| <p>- 4 危機管理</p>  <p>(1) 衛生管理や感染症等の対策が適切に行われているか。</p> <p>(2) 事故防止のための取り組みを行っているか。</p> <p>(3) 事故発生時に的確な対応ができるように備えているか。</p> <p>(4) 災害発生時の対応体制が確立しているか。</p> <p>(5) 緊急時の医療体制が適切かつ迅速に行われる体制となっているか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・衛生管理・感染予防マニュアルを整備し、感染症ごとの予防対策、対応手順等を明記しているほか、各種の報告体制についても明示して対応の統一化に努めています。安全衛生委員会を設置し、看護師や支援課長・係長・主任・支援職員らが参加して毎月定期開催し対策を協議・検討を実施しています。冬季の感染性疾患の流行時期など、感染症対策が必要な場合は安全衛生委員会を通じて全職員に通達し、具体的な対策を講じています。ノロウイルス対策として、殺菌消毒や汚物処理の手順を統一化し、処理キットを各部署に配置するなどの事例も確認されています。 ・衛生管理・感染予防マニュアルは同委員会で検討・協議し、必要に応じて随時改訂していますが、定期的なマニュアルの見直しは行われていません。また、衛生管理・感染予防策は実際の支援場面で情報共有し実践していますが、マニュアルに基づく情報共有や全職員を対象とした研修の開催は行われていません。 ・事故防止及び事故対応マニュアルを策定しているほか、職員緊急連絡網・家族連絡先リスト等も整備しています。また、職員の居住方面別に応援体制を整備するなど、実際の発生を想定した実践的な体制整備も行っています。ヒヤリハット・事故報告書に基づき、発生状況と要因分析、対策立案を実施して職員間で情報共有を図っています。また、収集されたヒヤリハット・事故事例は3カ月に1度統計を取り分類して、発生の傾向と要因分析を行い、実務に反映しています。なお、H23 |

年度は、入所部門で事故 25 件 / ヒヤリハット 87 件、通所部門で事故 4 件 / ヒヤリハット 34 件となっています。

- ・事故防止・事故対応に関する教育・研修は、実際の支援場面を通じて実践・指導を行っており、マニュアルやチェックリスト等を用いた確認体制は未構築となっているほか、職員の雇用形態等により周知・浸透に差異が生じています。また、施設長・事務係長が事故防止や防災関連の業務担当となっていますが、リスクマネジメントの担当部署やリスクマネージャーの配置など、事故防止に向けた組織的な対応体制の構築は今後の課題となっています。
- ・事故対応は原則公開するスタンスを取っており、施設のオンブズパーソンに必ず報告しているほか、重大な事例は法人広報誌や施設広報誌に掲載したり、ホームページでの公表も行っています。必要に応じて事故の検証委員会を発足し、法人施設の管理者やオンブズパーソン、外部の学識経験者等を招聘して調査・検証を実施しています。
- ・施設防災マニュアルを整備し、防災体制の整備と有事の対応手順を定めているほか、障がい福祉関係機関の連絡先一覧や連絡手順等を明記しています。また、平成 22 年 10 月より横浜市旭区との地域防災協定を締結し、特別避難場所として指定されています。施設避難訓練実施計画に基づき年 5 回の防災訓練を実施しており、避難誘導や消火訓練のほか総合防災訓練や非常時の職員召集訓練も実施しています。施設長・支援課長・管理栄養士・防災担当職員が参加して「防災会議」を定期開催し、施設防災体制の充実化に努めています。災害時用の備蓄物資として入所・通所者及び職員、地域要援護者の 3 日の備蓄食料をはじめ、簡易トイレや毛布、携帯燃料等の災害時備品を備蓄しています。災害時の連絡体制として、利用者家族の連絡先リストや緊急連絡網等を整備しています。また、先般の震災の経験を生かし、職員・利用者家族の携帯電話及びメールアドレスについてもリスト化して随時活用可能としているほか、緊急時連絡の備えとして「災害用伝言ダイヤル（171）」の活用についても説明機会を設けています。
- ・「緊急時対応マニュアル」を準備し、意識レベルや呼吸状態、脈拍などの観察ポイントと具体的な対応手順を明記するとともに、救急車の要請手順や必要な説明内容についても記載して、迅速かつ円滑な対応に配慮しています。指定医療機関として近隣の総合病院や内科、精神科等多数の医院と協力体制を構築しているほか、協力医療機関として旭区・緑区の救急指定総合病院と協定を締結するとともに、精神科病院などの専門医療機関との連携体制も確保しています。

利用者家族アンケート 分析

- 1、実施期間 2012年12月7日～12月22日
- 2、実施方法 施設から入所利用者のご家族に直接配付し、回答を依頼。
(1世帯につき1通。手渡し、もしくは郵送にて配付。)
各ご家族より、同封の返送用封筒で、評価機関あてに無記名で返送していただく。
- 3、回収率 65.0% (40枚配付、26枚回収)

文中の「満足」「満足度」は、「満足」・「どちらかといえば満足」の回答を合計した数値、「不満」は、「不満」・「どちらかといえば不満」の回答を合計した数値です。
集計結果の%は小数第1位まで表示し、合計の小数第1位を四捨五入すると100%になります。

まとめ

- ・『総合満足度』は、92.3%と非常に高くなっています。
- ・『施設の理念や方針を知っていますか』では「知っている」という回答は、61.6%に留まっていますが、その内、79.0%が「理念や方針に共感できる」と回答しています。
- ・『入所時の状況の説明について』では、80.7%の人が「満足」と回答しています。「施設の理念や方針に関する説明について」は「満足」と回答した人は65.4%となっていますので、上記の理念を知らないという回答と割合が重なることから、理念や方針について、丁寧に伝える工夫が望めます。また、「家族から本人に入所の利用を説明する上での支援について」は、「満足」が69.2%と若干低くなっていますが、30.8%の方が「判らない」「無回答」となっていることから、入所期間が長いために、入所時の記憶が曖昧になっていることが考えられます。
- ・『支援の計画について』では、「個別支援計画に関する説明について」は80.8%の人が「満足」と回答していますが、「地域生活への移行のための学習や体験に機会について」は「満足」という回答が65.4%と低くなっています。30.8%の人が「わからない」または「無回答」となっていることから、家族の関心の薄さが窺われます。
- ・『日常のサービス内容について』では、ほとんどの設問で80.0%以上が「満足」と答えています。しかし、「ご本人の意思を十分にくみとっているかどうか」という設問では「満足」が57.7%と低くなっていますが、「不満」は19.2%で、「わからない」と「無回答」が合わせて23.1%となっており、ご本人の意思の尊重は、ご家族にとっても判断の難しいことが窺われます。
- ・『施設と家族との連携・交流について』では、どの設問も80%以上が「満足」と答え、「ご本人の様子に関する説明や情報提供」については、100%の満足となっています。
- ・『職員の対応について』では、「総合的にみて、職員の対応についての満足度」は96.1%が「満足」と答えています。しかし、「職員のサービス提供方法の統一性について」は、「満足」という回答は61.5%と低くなっています。どの職員が対応しても均一のサービスが提供されるよう工夫することが望めます。

利用者家族アンケート集計結果

しらねの里

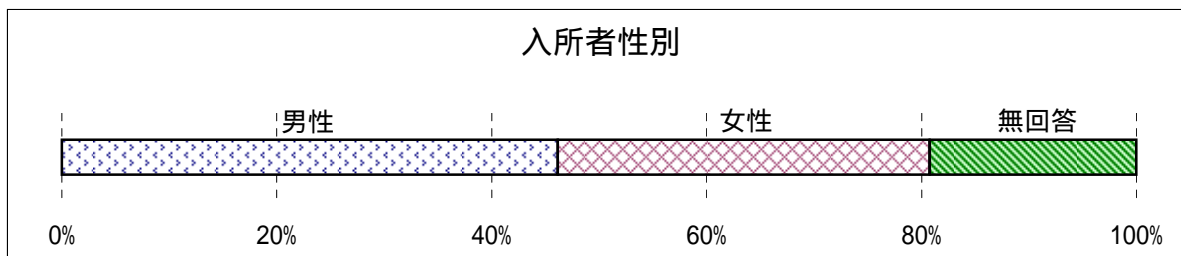
調査期間：2012年12月7日～12月22日

回収率：65.0% (回収26枚 / 配付40枚)

【属性】

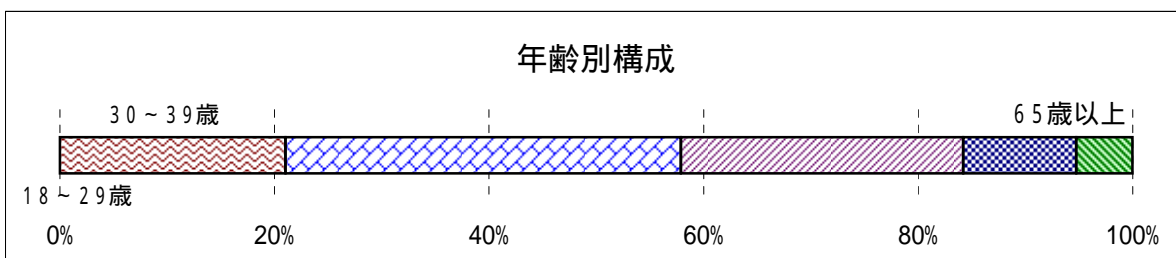
1 入所者性別

| 男性 | 女性 | 無回答 | 計 |
|----|----|-----|----|
| 12 | 9 | 5 | 26 |



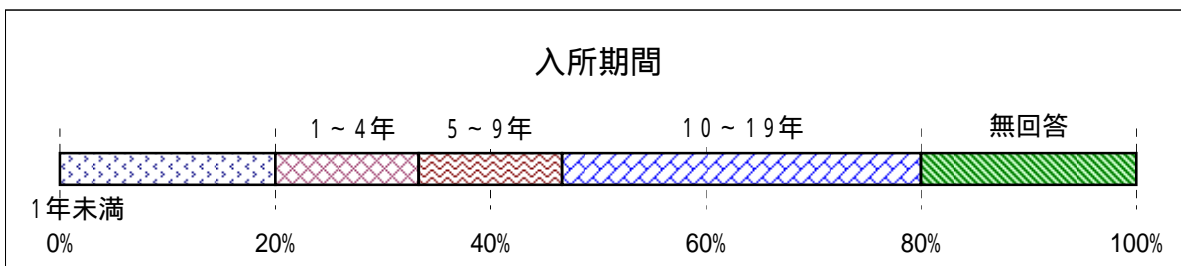
2 入所者年齢別構成

| 15～17歳 | 18～29歳 | 30～39歳 | 40～49歳 | 50～59歳 | 60～64歳 | 65歳以上 | 無回答 | 計 |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-----|----|
| 0 | 0 | 4 | 7 | 5 | 2 | 1 | 1 | 20 |



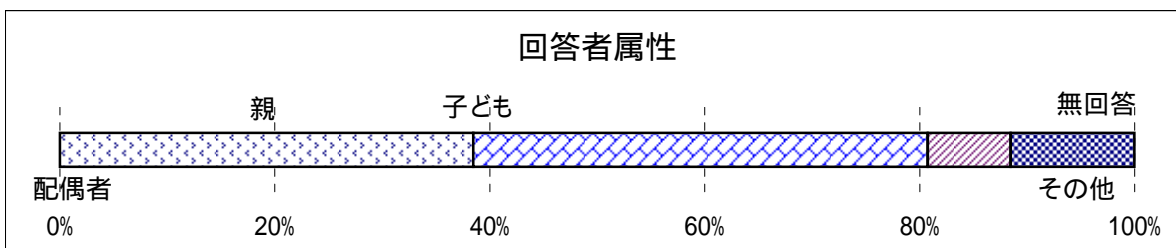
3 利用期間

| 1年未満 | 1～4年 | 5～9年 | 10～19年 | 20年以上 | 無回答 | 計 |
|------|------|------|--------|-------|-----|----|
| 3 | 2 | 2 | 5 | 0 | 3 | 26 |



4 回答者(続柄)

| 親 | 配偶者 | 子ども | 兄弟姉妹 | 甥・姪 | その他 | 無回答 | 計 |
|----|-----|-----|------|-----|-----|-----|----|
| 10 | 0 | 0 | 11 | 2 | 3 | 0 | 26 |

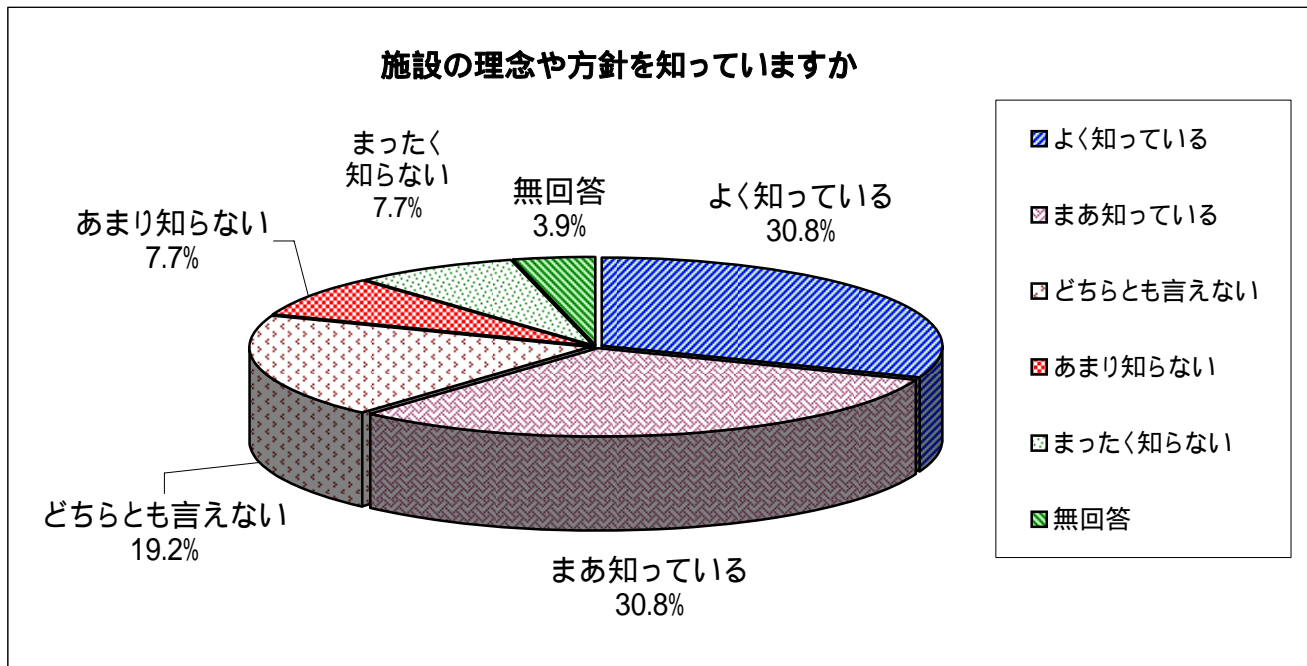


施設の理念や方針について

問1：施設の理念や方針を知っていますか

(%)

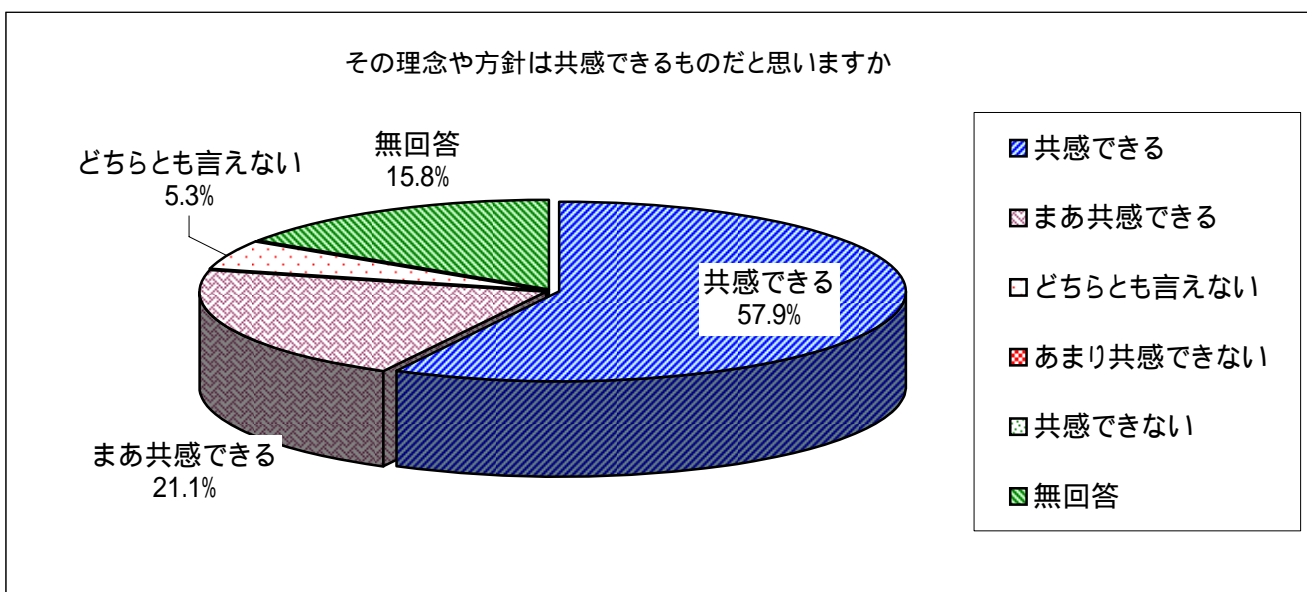
| 問1： | よく知っている | まあ知っている | どちらとも言えない | あまり知らない | まったく知らない | 無回答 | 計 |
|----------------------------|---------|---------|-----------|---------|----------|-----|-----|
| あなたは、この施設の基本理念や基本方針をご存じですか | 30.8 | 30.8 | 19.2 | 7.7 | 7.7 | 3.9 | 100 |



「よく知っている」「まあ知っている」と答えた方への付問

付問1：あなたは、その理念や方針は共感できるものだと思いますか

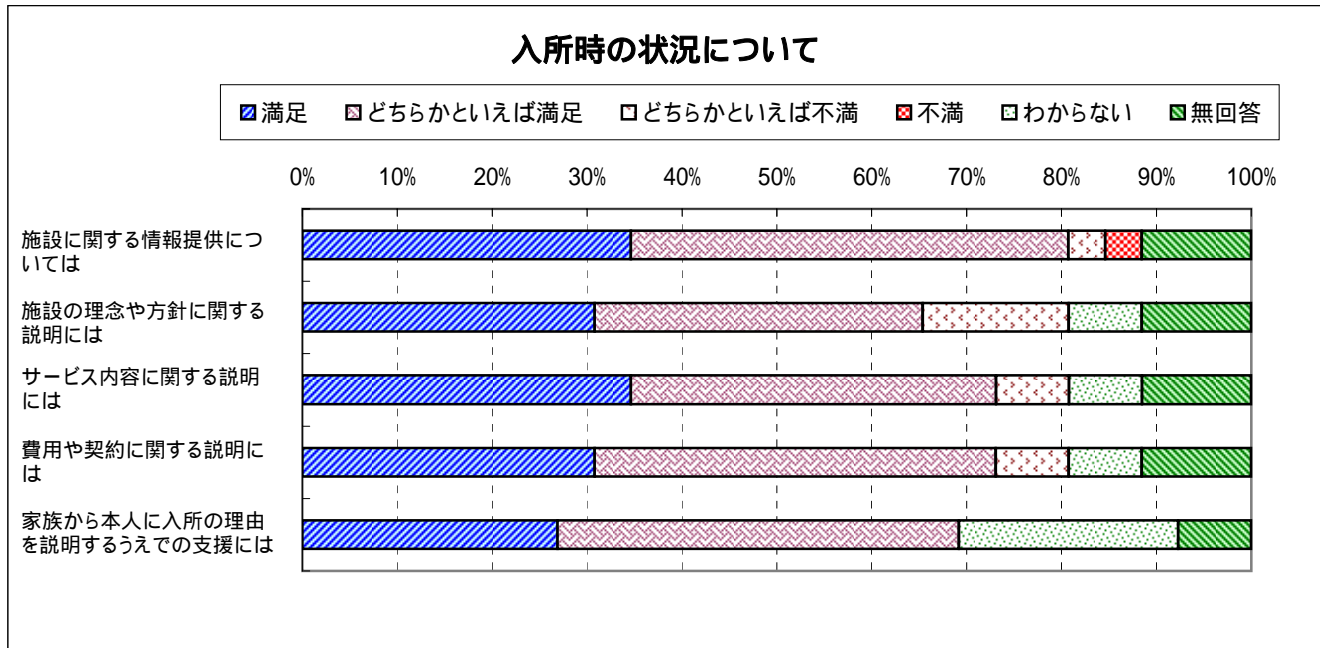
| 付問1： | 共感できる | まあ共感できる | どちらとも言えない | あまり共感できない | 共感できない | 無回答 | 計 |
|-----------------------------|-------|---------|-----------|-----------|--------|------|-----|
| あなたは、その理念や方針は共感できるものだと思いますか | 57.9 | 21.1 | 5.3 | 0.0 | 0.0 | 15.8 | 100 |



施設のサービス内容について

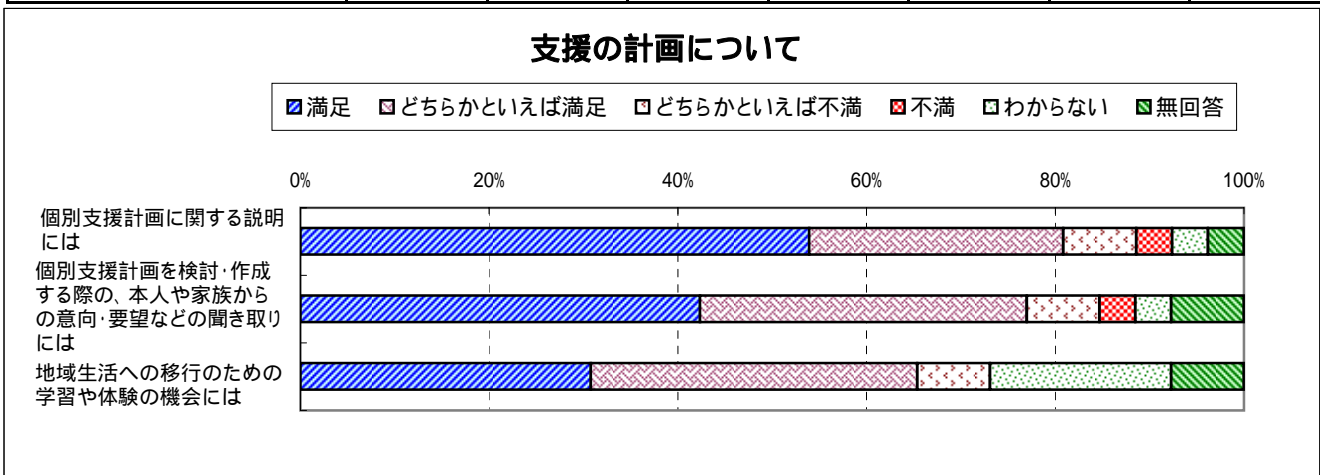
問2 入所時の状況について

| | 満足 | どちらかといえば満足 | どちらかといえば不満 | 不満 | わからない | 無回答 | 計 |
|---------------------------|------|------------|------------|-----|-------|------|-----|
| 施設に関する情報提供については | 34.6 | 46.1 | 3.9 | 3.9 | 0.0 | 11.5 | 100 |
| 施設の理念や方針に関する説明には | 30.8 | 34.6 | 15.4 | 0.0 | 7.7 | 11.5 | 100 |
| サービス内容に関する説明には | 34.6 | 38.5 | 7.7 | 0.0 | 7.7 | 11.5 | 100 |
| 費用や契約に関する説明には | 30.8 | 42.3 | 7.7 | 0.0 | 7.7 | 11.5 | 100 |
| 家族から本人に入所の理由を説明するうえでの支援には | 26.9 | 42.3 | 0.0 | 0.0 | 23.1 | 7.7 | 100 |



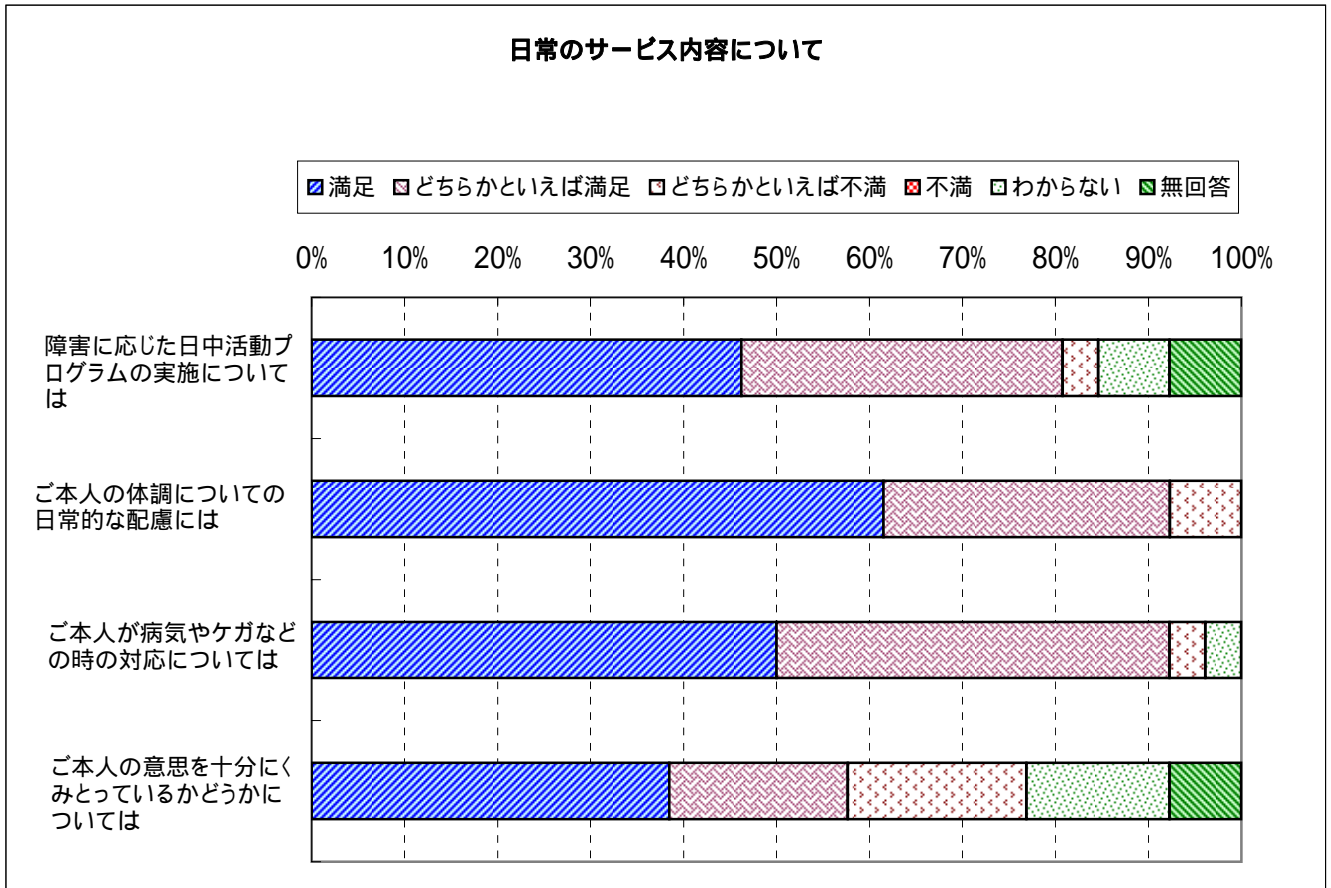
問3 支援の計画について

| | 満足 | どちらかといえば満足 | どちらかといえば不満 | 不満 | わからない | 無回答 | 計 |
|---|------|------------|------------|-----|-------|-----|-----|
| 個別支援計画に関する説明には | 53.9 | 26.9 | 7.7 | 3.8 | 3.8 | 3.8 | 100 |
| 個別支援計画を検討・作成する際の、本人や家族からの意向・要望などの聞き取りには | 42.3 | 34.6 | 7.7 | 3.8 | 3.8 | 7.7 | 100 |
| 地域生活への移行のための学習や体験の機会には | 30.8 | 34.6 | 7.7 | 0.0 | 19.2 | 7.7 | 100 |



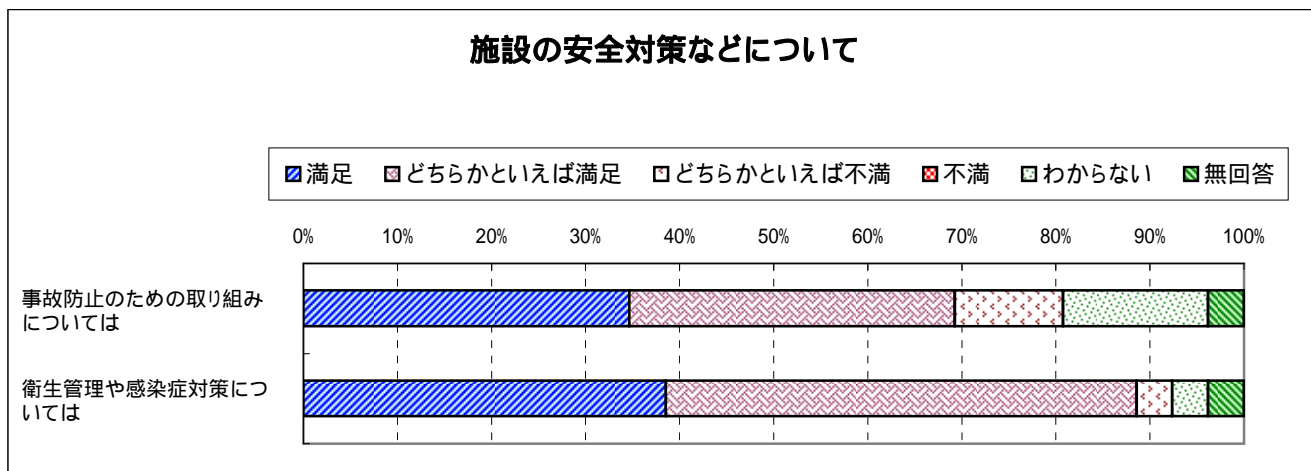
問4 日常のサービス内容について

| | 満足 | どちらかといえば満足 | どちらかといえば不満 | 不満 | わからない | 無回答 | 計 |
|----------------------------|------|------------|------------|-----|-------|-----|-----|
| 障害に応じた日中活動プログラムの実施については | 46.2 | 34.6 | 3.8 | 0.0 | 7.7 | 7.7 | 100 |
| ご本人の体調についての日常的な配慮には | 61.5 | 30.8 | 7.7 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100 |
| ご本人が病気やケガなどの時の対応については | 50.0 | 42.3 | 3.9 | 0.0 | 3.9 | 0.0 | 100 |
| ご本人の意思を十分にくみとっているかどうかについては | 38.5 | 19.2 | 19.2 | 0.0 | 15.4 | 7.7 | 100 |



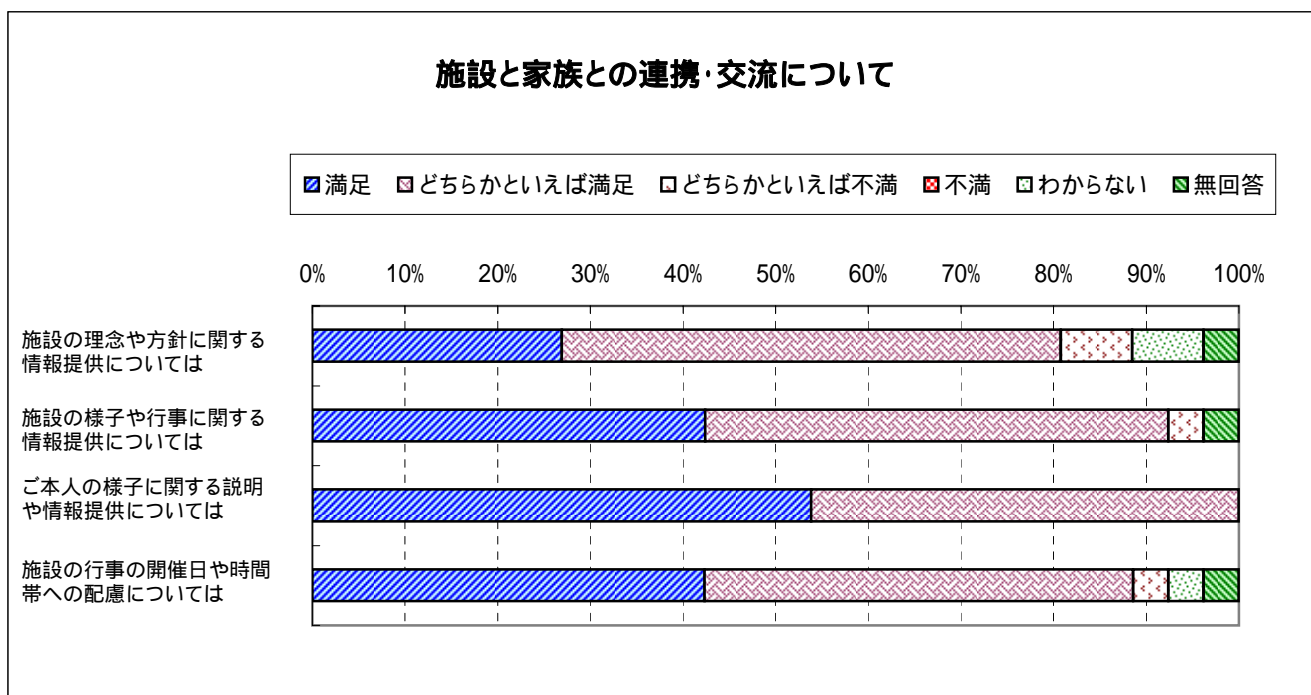
問5 施設の安全対策などについて

| | 満足 | どちらかといえば満足 | どちらかといえば不満 | 不満 | わからない | 無回答 | 計 |
|-------------------|------|------------|------------|-----|-------|-----|------|
| 事故防止のための取り組みについては | 34.6 | 34.6 | 11.5 | 0.0 | 15.4 | 3.8 | 99.9 |
| 衛生管理や感染症対策については | 38.5 | 50.0 | 3.8 | 0.0 | 3.8 | 3.8 | 99.9 |



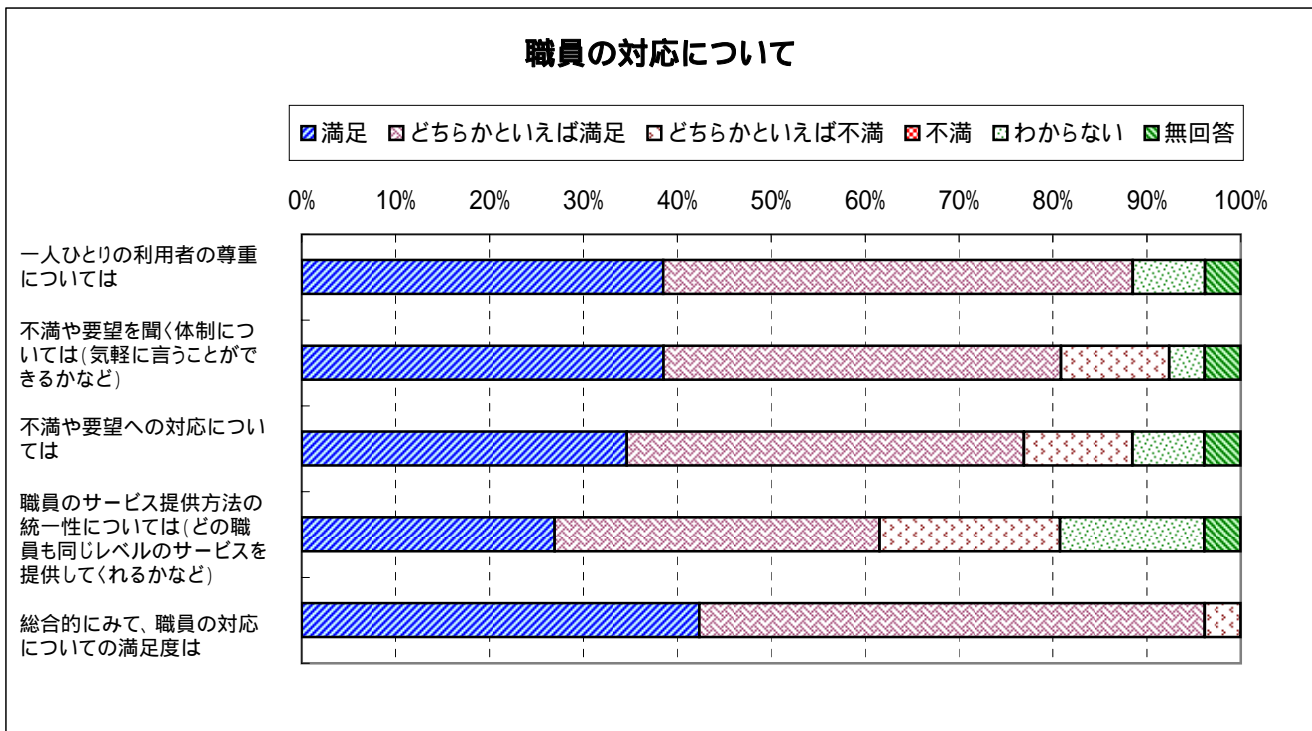
問6 施設と家族との連携・交流について

| | 満足 | どちらかといえば満足 | どちらかといえば不満 | 不満 | わからない | 無回答 | 計 |
|------------------------|------|------------|------------|-----|-------|-----|-------|
| 施設の理念や方針に関する情報提供については | 26.9 | 53.9 | 7.7 | 0.0 | 7.7 | 3.8 | 100.0 |
| 施設の様子や行事に関する情報提供については | 42.4 | 50.0 | 3.8 | 0.0 | 0.0 | 3.8 | 100.0 |
| ご本人の様子に関する説明や情報提供については | 53.9 | 46.2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 |
| 施設の行事の開催日や時間帯への配慮については | 42.3 | 46.2 | 3.8 | 0.0 | 3.8 | 3.8 | 99.9 |



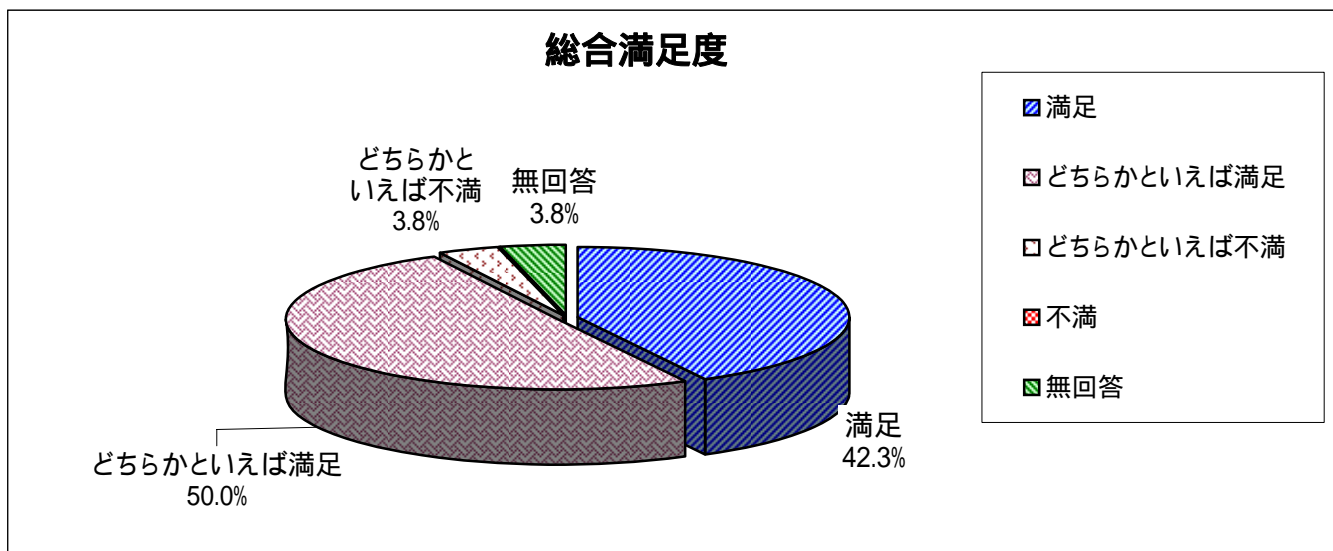
問7 職員の対応について

| | 満足 | どちらかといえば満足 | どちらかといえば不満 | 不満 | わからない | 無回答 | 計 |
|--|------|------------|------------|-----|-------|-----|-----|
| 一人ひとりの利用者の尊重については | 38.5 | 50.0 | 0.0 | 0.0 | 7.7 | 3.8 | 100 |
| 不満や要望を聞く体制については(気軽に言うことができるかなど) | 38.5 | 42.3 | 11.5 | 0.0 | 3.8 | 3.8 | 100 |
| 不満や要望への対応については | 34.6 | 42.3 | 11.5 | 0.0 | 7.7 | 3.8 | 100 |
| 職員のサービス提供方法の統一性については(どの職員も同じレベルのサービスを提供してくれるかなど) | 26.9 | 34.6 | 19.2 | 0.0 | 15.4 | 3.9 | 100 |
| 総合的にみて、職員の対応についての満足度は | 42.3 | 53.8 | 3.8 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100 |



問8 総合的な評価

| | 満足 | どちらかといえば満足 | どちらかといえば不満 | 不満 | 無回答 | 計 |
|--------|------|------------|------------|----|-----|------|
| 総合満足度は | 42.3 | 50 | 3.8 | 0 | 3.8 | 99.9 |



利用者本人調査 分析

実施日 2013年1月15日(火)

調査対象及び実施方法

- ・2013年1月時点で在籍する入所・通所利用者のうち、比較的コミュニケーションの取りやすい利用者10名について、事業者にリストアップを依頼した。
- ・対象者10名の性別は男女各5名ずつで、うち入所4名・通所1名の割合で調査を実施した。
- ・調査対象利用者の年齢は、60歳代が5名、70歳代・50歳代が各2名、40歳代が1名であった。
- ・一人あたりの面接時間は約20分で、調査員2名が2班に分かれ、個室において利用者・調査員で原則1対1の面接調査を実施した。なお、明確な意思表示が困難な利用者1名にのみ職員が同席した。

調査対象利用者は10人のみであり、利用者全体の標準的な特徴とは限りません。

【調査結果の概要】

調査対象者のほぼ全員から、施設での生活に肯定的な回答が多く聞かれており、全体的に満足度は高い状態となっています。食事メニューや日中活動の内容等において、自らの意見や要望が「反映されていると感じる」との回答も多数聞かれたほか、更なる要望反映や内容の充実化に期待する意見も確認されており、利用者がある程度意見を言いやすい環境が確保されていると思われます。

しかしながら、理解力や集中力などの障がい特性や個人の性格など、調査対象者によっては肯定的な回答に偏りがちな印象も感じられました。また、職員の対応については「人によって差がある」との意見があるほか、職員への遠慮から「希望が言えない」「言っても変わらない」といった潜在的な要望も確認されています。

明確な意思表示が難しい利用者が多く、個々の利用者の意向把握や反映は困難な実情もありますが、今後は潜在的な要望に耳を傾けながら改善を図ることで、支援技術及び職員の資質を高めるとともに、更なる利用者の満足度向上が期待できるものと考えます。

【質問項目別の特徴】

《施設の快適さについて》

調査対象者のほぼ全員が、施設内の快適さに「満足」と回答していますが、積極的な不満ではないものの「日によって状態に差がある」との意見もきかれています。

《食事について》

食事の味付けやメニュー、要望の反映についてなど、ほぼ全員が「満足」と回答していますが、メニューの種類拡大や更なる要望反映に期待する意見もきかれています。

《入浴について》

調査対象者の約半数は入浴時の介助を要しない状態ですが、概ねの調査対象者が、入浴時間や頻度、入浴支援に肯定的な回答をしています。なお、若干の利用者から入浴支援に関する要望もありました。

《日常の支援について》

概ねの調査対象者が日常場面で何らかの支援を要する状態で、若干名が自立となっていますが、調査対象者のほぼ全員が「満足」と回答しています。

《楽しく生活することについて》

概ねの調査対象者から「生活を楽しむことができる」との肯定的な回答が聞かれましたが、「もっと自由に過ごしたい」といった不満の意見もありました。また、整容や着衣への興味・関心が薄い回答が半数程度聞かれたほか、ボランティアの認識に乏しい回答も若干聞かれています。

《健康について》

調査対象者のほぼ全員から、体調への配慮や不調時の対応に満足しているとの回答が得られています。なお、ごく少数の調査対象者が職員の対応や指導内容に「不満」との回答を示していますが、その反面、利用者自身も職員の指導の必要性を理解し、受け入れるようすが確認されています。

《いやな思いへの対応について》

調査対象者ほぼ全員が「職員は話を聞いてくれる」と肯定的な回答をしていますが、他利用者との関わりの中で「不快に感じる場面がある」と回答し、職員の関与に期待する意見も聞かれています。

《権利を守ることにについて》

調査対象者の過半数が、権利擁護について十分な理解や認識を持っていない状態ですが、ほぼ全員が「自分が大切にされていると感じる」と回答しています。

《職員の対応について》

調査対象者のほぼ全員が「やさしく対応してくれる」と、満足を示す回答をしていますが、「職員によって対応にばらつきがある」との意見もありました。

《施設の利用時の説明について》

調査対象者の過半数が「説明を受け、理解出来た」と回答しています。なお、施設の在籍期間が長いケースや理解力の状況などから、「よく分からない」との回答も複数聞かれています。

《支援計画・今後の生活について》

概ねの調査対象者が、施設生活について「職員と一緒に考えてくれた」と回答しています。一方で、支援計画について認識を持っている利用者はごく少数となっています。

《地域生活への移行について》

調査対象者のうち、既にグループホームに移行している2名の利用者を除き、残りの利用者の約半数が、「施設を退所して地域生活に移行したい」と回答しています。なお、地域移行に関心があるものの、移行に向けた活動を意識している利用者は少なく、若干名にとどまる結果となっています。また、移行に消極的な理由として、家族の了解が得られないことや現状維持を希望する回答も聞かれています。

第三者評価を受審して

当事業所にとっては、平成 18 年に続き 2 回目の受審となります。当時とは設問項目やボリュームの違いもあり単純に比較はできませんが、6 年間の軌跡をたどることができました。日頃、課題や弱点と感じていたことが客観的な視点で評価されたこと、また項目により予想外の高い評価がなされたところもあり、職員のやる気につながればいいと思います。

講評で高い評価を受けました地域移行は、肝心の職員と保護者・家族の意識の変革が課題です。事業所の設立経緯に「終の棲家」的要素がありましたので、保護者からすれば今になってなぜ地域移行・・・？の疑問があります。職員も高齢を理由に地域移行には消極的でした。それらを払拭するのは、PCP (person centered plan) の理解と移行した利用者さんの「施設には戻らない」という意思表示を受け止めることだと思います。可能な限り、地域移行を推進していきます。

また、改善や工夫が望まれる点として、嘱託職員も含む全職員の人材育成と資質の向上、支援技術の標準化に向けた取り組み等の必要性については評価の通りです。これらは、昨年 6 月、当事業所において起きました男性非常勤職員による女性利用者への性的虐待事件の後に発足しました「検証委員会」の中でも同様の指摘がなされました。これらの課題はしらねの里という一事業所ではなく、法人全体の事業所で平成 25 年度より取り組みを開始します。

事業所コメントを書くに当たり、ヒヤリングを受けた主任以上の職員に、評価結果を読んだ感想を提出してもらいました。前述の事件後、半年経過時の受審で、自信喪失の状態にあった職員がこの評価結果をどのように受け止めたのか、またモチベーションが下がりはないか等々の心配がありましたが、総じて Plan/ Do/ Check/ Action の「C」を受けて「A」の新たな取り組みへの意欲が多く見られました。また、老親が入所する高齢者施設の第三者評価で、家族の立場で参加した職員は、家族の本当の気持ちを聴き出すには、施設と家族の信頼関係が重要であることに気付いた、と書いていました。

「利用者さんやご家族からのクレームは宝」と云われます。が、そのクレームが少ない障害者支援施設として、今回の評価で自分たちの立ち位置を修正し、真に必要なサービスの提供者として努力を重ねていきます。ありがとうございました。

～ 評価結果は、下記のウェブサイトからも見るができます ～

市民セクターよこはまの第三者評価のページ

<http://www.shimin-sector.jp/hyouka/>

横浜市(健康福祉局)の福祉サービス第三者評価のページ

<http://cgi.city.yokohama.jp/kenkou/jigyousyajoho/hyoukaall.cgi>

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構のページ

<http://www.k-daisansyahyouka.org/>



特定非営利活動法人

市民セクターよこはま 第2事業部

かながわ福祉サービス第三者評価認証機関 第4号

横浜市福祉サービス第三者評価指定機関 第4号

〒231-0013 横浜市中区住吉町二丁目 26 番地 洋服会館 2 階

TEL : 045-222-6501

FAX : 045-222-6502

<http://www.shimin-sector.jp>
