

# 福祉サービス第三者評価結果 (グレード1)

事業所名 れいんぼう川崎

発効：平成21年3月25日（平成24年3月24日まで有効）

## 社団法人神奈川県社会福祉士会 第三者評価結果

### 事業所基本事項

フリガナ	シヤカイカクホジソ カサキシヤカイカクジキョウダソ レイホウカサキ
事業所名 (正式名称を記載)	社会福祉法人 川崎市社会福祉事業団 れいんぼう川崎
事業所住所 最寄駅	〒216-0002 神奈川県川崎市宮前区東有馬5-8-10 東急田園都市線鷺沼駅・バス東有馬第一団地前・徒歩5分
事業所電話番号	044-888-8601
事業所FAX番号	044-888-8849
事業所代表者名	役職名 施設長 氏名 松本圭司
法人名及び 法人代表者名	法人名 社会福祉法人 川崎市社会福祉事業団 法人代表者氏名 理事長 松本 紘
URL	<a href="http://www.kfj.or.jp/">http://www.kfj.or.jp/</a>
e-mail	<a href="mailto:rainbowkawasaki@ams.odn.ne.jp">rainbowkawasaki@ams.odn.ne.jp</a>
問合せ対応時間	平日 8:30~17:00

### 事業所の概要 1

開設年月日	平成8年4月1日
定員数	療護施設70名(長期60名・短期10名)自立訓練・一日20名
都市計画法上の 用途地域	
建物構造	鉄筋コンクリート造り2階建て
面積	敷地面積(7448.69)m <sup>2</sup> 延床面積(4198.46)m <sup>2</sup>
居室あたりの人数 (入所施設の場合のみ)	個室(36)室/二人部屋(17)室/三人部屋( )室/四人部屋( )室

### 事業所の概要 2 (職員の概要)

総職員数	85名
うち、次の職種に 該当する職員数	相談支援職員(常勤 2名・常勤以外 名) 介護職員 (常勤 45名・常勤以外 6名) 看護職員 (常勤 5名・常勤以外 1名) 保育職員 (常勤 名・常勤以外 名) 理学療法士 (常勤 4名・常勤以外 名) 作業療法士 (常勤 2名・常勤以外 名) 言語聴覚士 (常勤 名・常勤以外 名) 医師 (常勤医 1名・嘱託医 12名) その他 (臨床心理士1名・管理栄養士1名・事務職)
入・通所・市単事 業合わせた総職員 数	

事業所PR 評価に臨んで事業所と してアピールしたいこ と	れいんぼう川崎は『リハビリテーション』の理念に基づき、入所・在宅を問わず利用者それぞれの障害に応じた最適生活様式を獲得ならびに維持し、一人ひとりのライフスタイルに合わせて生活の質を高め、人間らしく生きられるよう支援することを基本理念としサービス提供に努めています。
--	--

## 社団法人神奈川県社会福祉士会 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）

##### 優れている点・独自に工夫をしている点：

医師・看護師・理学療法士や作業療法士などのリハビリテーション専門職と介護職が連携し、チームアプローチによる利用者支援を行っている。具体的には、個別支援計画に基づき、日中活動支援、生活支援、健康管理支援にあっている。

「総合相談窓口」、「在宅リハビリテーションサービス事業」を実施し、在宅・入所を問わず、重度身体障害者のためのリハビリテーションサービスを行っている。

食事の提供においては、5種類のカロリー分類に加え、貧血食等の対応をしている。また、6種類の食形態を基本に、利用者一人ひとりの状況を捉え、個別の食事提供をしている。リハ専門職の評価により、利用者の機能に合った自助具・補助具を利用することで、できるだけ自力で食事摂取ができるよう支援している。

利用者の食事に対する意見交換会を支援している。利用者代表が給食会議に参加することにより、利用者の意見を食事に反映できるようにしている。

排泄の支援場面においても、利用者の自立心を尊重し、必要最小限の介助を提供している。排泄の介助を受ける人の気持ちを考え、プライバシーを尊重して支援している。

毎日の健康状態を把握し、常勤医、嘱託医による定期及び必要時の診察を行っている。外部診療機関を受診している利用者に対しては、「緊急受診メモ」を活用し、確実な受診対応ができるように配慮している。

利用者の日中活動については、利用者の希望を伺い、利用者の意向を大切にグループ分けを行っている。活動は10グループにて行い、ボランティアや理学療法士・作業療法士も加わっている。バスハイクや公用車外出、近隣への外出や買物等の外出支援も実施している。

地域の保育園と定期的に交流したり、小学生の福祉教育の一環としての見学等を、積極的に受け入れしている。施設の集会室を無料で貸し出し、地域住民の交流・会議・活動の場として提供している。

新規採用職員については、中堅の職員がトレーナーとして、1対1で1年間関わる仕組みをとっている。最初の1ヶ月はトレーナーと同じ業務に付き、その後は、適時、助言や指導を受けて業務を習得していくようにしている。

#### 評価領域ごとの特記事項

1	人権への配慮	<p>利用者に対する適切な呼称や言葉遣いについては、調整会議等で施設長から適宜注意を促したり、支援系の今週の目標に掲げるなど、職員が意識できるようにしている。</p> <p>身体的拘束等の防止・廃止については、施設の重点課題として捉え、その基準作りに取り組み、施設独自の「身体的拘束等廃止マニュアル」を作成した。定義等を明文化し、周知するとともに、「身体的拘束廃止委員会」を定期的に関催し、次の取り組みに繋げている。</p> <p>「個人情報保護の基本方針」により、個人情報の利用目的を規定し、所内掲示やリーフレットで周知している。また、「れいんぼう川崎文書管理規定」を定め、各種情報の管理について規定し、職員に周知している。</p>
---	--------	---

2	<b>利用者の意思・可能性を尊重した自立生活支援</b>	<p>定期カンファレンスの前には、利用者本人と面接を行い、利用者の意向を引き出すようにしている。利用者の思いとニーズは、個別支援計画に反映し、実現できるよう支援している。</p> <p>アセスメント等を通して、利用者自身が、自ら考え決定できるよう支援している。グループ活動・外出・余暇活動の場において、職員が考えたサービスを提供するのではなく、企画段階から利用者が関わっていくことができるよう支援している。</p> <p>施設外の社会資源の利用が必要な場合においても、利用者本人が決定できるようにしている。利用手続きも、利用者の能力を勘案し、できるだけ本人が関わることができるようにしている。</p>
3	<b>サービスマネジメントシステムの確立</b>	<p>「苦情申出窓口の設置について」及び「地域苦情申出窓口の設置について」の文書を、1・2階の入口付近に掲示し、受付担当者や受付方法、また第三者委員の設置について明示している。</p> <p>「ヒヤリはっと報告書」、「事故報告書」は、提出された各係で迅速に周知するとともに、内容を回覧し職員全体で問題を共有している。月1回、「事故防止検討委員会」を開催し、内容を検討し、再発防止と予防を呼びかけている。</p> <p>「感染症対策マニュアル」を作成し、対応方法を定めている。マニュアルの内容は、衛生委員会にて、必要に応じ改訂することとしている。</p>
4	<b>地域との交流・連携</b>	<p>ボランティアの受け入れについては、ボランティア委員会を設置し、施設として総合的に受け入れをすることができるようにしている。また、単なる受け入れの窓口に止まることなく、ボランティアのニーズをアセスメントし、円滑な受け入れと定着ができるよう工夫している。</p> <p>集会室を無料で貸し出し、地域住民の交流・会議・活動の場として役立ててもらっている。また、地域の保育園と定期的に交流したり、小学生の福祉教育の一環としての見学等を、積極的に受け入れしている。</p> <p>年1回、地域との交流を目的として、「れいんぼう祭り」を開催している。近隣住民の多くが参加し、地域に根付いた行事となっている。</p> <p>地区社会福祉協議会に理事として参加し、地域福祉向上に向けて、地域の一機関として参画している。また、防災や行事を通して、近隣自治会や商店との交流を行っている。</p>
5	<b>運営上の透明性の確保と継続性</b>	<p>業務改善のための振り返りと検討、改善に取り組んでいる。職員にアンケートを実施し、業務についての課題や問題の解決方法について改善を図っている。全職員を対象として、行っている。</p> <p>事業報告及び事業計画を、法人のホームページに掲載し、情報の公表について配慮している。今年度、法人の基本理念、基本方針の見直しを行い、全職員にリーフレットを配布し、周知を図った。</p>
6	<b>職員の資質向上促進</b>	<p>階層別の研修は法人で企画し、対象者に受講させている。施設内に研修委員会を設け、年度ごとの研修計画を立案し、それによって施設内研修を実施している。</p> <p>職員が外部研修に派遣された場合は、受講後、研修参加報告書の提出を義務付けており、内容によっては職員へ回覧することとしている。研修委員会で内容を伝達した方がよいと判断した研修については、伝達研修会を開催し、内容を周知している。</p> <p>実習生の受け入れは、担当者を決め対応している。受け入れは、福祉やリハビリテーション関係者に限定せず、他の分野からも、可能な限り受け入れを行っている。19年度実績で、約80人(延べ402日)の受け入れを行った。</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、調査を行った結果です ～

基本的サービス評価		
大項目	項目の内容	達成率(%)
人権を尊重したサービスの提供 (4項目 20事項)	職員の適切な言葉遣い、態度 プライバシーの確保 職員への人権教育 苦情解決システムの機能	100%
一人ひとりに適したサービスの提供 (4項目 20事項)	個々の心身機能にあわせた個別支援計画の実施 相談支援と情報提供 ケアマネジメントの理念にそった個別支援計画策定 個別のリスク管理	100%
サービスを提供するための体制の整備 (10項目 50事項)	福祉機器、生活環境の整備 生活支援マニュアルの整備と職員への周知 生活環境整備マニュアルの整備と職員への周知 感染症対策マニュアルの整備と職員への周知 救命救急マニュアルの整備と職員への周知 防災マニュアルの整備と職員への周知 利用者支援システムとサービス管理システムの一体的機能 地域への理解促進のための取り組み 自己評価の実施と評価結果公表 計画的な職員研修による職員の資質向上	94%

## 2 - 2 . 日常生活の支援に関する事業所アピール

～ 事業所から自己申告された内容について、事実確認を行った結果です ～

項目	事業所による特徴的取り組みのアピール (事業所が記載した原文のまま公表しています)	第三者評価での確認点
<p><b>食事支援の取り組み</b></p>	<p>1. 厨房での取組み(調理は業務委託しているが当施設管理栄養士と密な連携をとっている)                  確実な栄養価の提供を基盤とし、個々にあったエネルギー量を4種類に分けている。(主食量の調整・副食別献立等)                  食形態では6種類に対応し、さらに常食と軟菜食の献立は使用食材を変え別料理を提供している。                  摂食嚥下障害に対応するトロミ食に関しても、医療職と連携の上利用者ごとの状態に合わせた調理法を個別に提供している。                  禁食対応では、主食のパン・麺禁の利用者には別献立で提供し、さらに食材個々の禁食に関しては代替食材にて対応している。                  今後ソフト食(形のある刻み・極きざみ食)の導入に向けて検討している。                  温冷配膳車を使用し、衛生的で適温の食事を提供している。</p> <p>2. 食事支援場面での取組み                  リハ専門職の評価により利用者の機能にあった自助具・補助具を利用することで、できるだけ自分で摂取できるように支援する。                  水道での手洗いが困難な利用者にも、手指消毒を徹底し衛生面に配慮する。                  介助が必要な利用者へも食べ方・調味料・食べる順序や速さを確認しながら支援する。                  一定の時間内であれば食事の時間は利用者自身のタイミングで決めてもらっている。また、昼食は保管食を実施し、外出・通院にゆとりを持たせている。                  経管栄養への対応も行っている。心理面に配慮し個室対応や一部経口摂取との併用を行っている。                  食堂のテーブルは自由席を設けるなど、利用者の関係性を尊重している。ショートステイ・入所の利用者が互いにコミュニケーションを取れるようにしている。</p> <p>3. その他の取組み                  利用者による給食への意見交換会の支援、それを基にした利用者代表の給食会議への参加により、利用者の意見を食事に反映できるようにしている。                  日常的に出る利用者の意見や職員が気づいたことを「配膳疑問シート」に記入し、食事環境の改善に役立てる。                  ボランティア・実習生も食事場面に積極的に受け入れ、利用者との交流や相互理解を深めるよう支援する。                  摂食嚥下障害の利用者に対する支援技術向上のため、職員研修のテーマに取り上げたり、管理栄養士を講師とした支援員向けの勉強会を不定期で実施したりしている。</p>	<p>1. 厨房での取組み                  個々にあったエネルギー量を5段階に分類し、医師の指示を仰ぎ食事を提供していること。                  食形態は6種類で対応し、必要に応じて医療職と連携の上で、利用者の状態に合わせた調理法で提供していること。常食と軟菜食は使用食材を変えていること。                  トロミ食も利用者の状態に合わせて提供している様子。                  食材個々の禁食に関し、代替食材や別献立で対応していること。                  栄養ケアマネジメントに向けての準備の一環として、ソフト食の導入を検討していること。                  温冷配膳車を使用し、適温での食事を提供していること。</p> <p>2. 食事支援場面での取組み                  リハ専門職の評価により、利用者の機能に合った自助具・補助具を検討し、自力摂取に向けて支援していること。                  手洗いが困難な利用者にも、手指消毒の支援を行っていること。                  食べ方や食べる順序等を確認しながら、支援している様子。                  昼食は保管食を実施し、外出・通院にゆとりを持たせていること。                  経管栄養は、個室対応や一部経口摂取との併用を行っていること。                  食堂に自由席を設け、利用者の関係性を尊重していること。</p> <p>3. その他の取組み                  利用者が給食会議に参加し、利用者の意見を食事に反映していること。                  支援員が気づいたことをノートに記し、食事環境の改善に役立てていること。                  実習生が支援員と一緒に、食事場面の対応を行っている様子。                  摂食嚥下障害の支援技術に関する職員研修を実施していること。支援員向けの勉強会で、実際に支援員にトロミ食を食べてもらい、研修を積んでいること。</p> <p><b>以上の事項について確認できました。</b></p>

項目	事業所による特徴的取り組みのアピール (事業所が記載した原文のまま公表しています)	第三者評価での確認点
<p><b>排泄支援の取り組み</b></p>	<p>1. 排泄介護の基本原則                      自立心を尊重し、必要最小限の介助をする。                      様子観察を行い、排泄の状態を正確に把握する。                      排泄の世話を受ける人の気持ちを考え、プライバシーを尊重する。                      清潔保持。</p> <p>2. 排尿                      排泄記録とそれに基づいたトイレ誘導時間の検討。                      記録に基づいて排尿の様子を把握。医療職と連携し、尿路感染等のトラブルの予防や早期発見につとめている。                      利用者の身体状況に合わせた排尿方法の検討・実施。</p> <p>3. 排便                      排泄記録とそれに基づいた排泄時間の検討。                      利用者の身体状況に合わせた排泄方法の検討・実施。                      医療職を中心に、必要な利用者には下剤の服薬調整を行っている。                      排便の状況を観察し、数日にわたって排便の見られない利用者については医療職と連携し、摘便・浣腸・坐薬・下剤等の方法の中から、より体に優しい方法を検討・実施。                      トイレチェア・リフター・柔らか便座・カール君などの福祉機器を積極的に導入し、たとえば頸髄損傷などの重度の障害をお持ちの利用者についても、トイレでの排便が可能になるよう検討・実施。</p> <p>4. オムツ交換                      排泄記録とそれに基づいた交換時間の検討。                      利用者の身体状況に合わせたオムツ・パッドの種類・当て方の検討・実施。                      個々の利用者のオムツ・パッドの当て方を全職員に周知・統一し、漏れによる不快感や皮膚トラブルを防止している。                      周知・統一に際しては、プライバシーに配慮し、居室にはあってある職員向けの指示を暗号化。オムツに関する掲示である事が分からないように配慮している。</p>	<p>1. 排泄介護の基本原則                      ケアマニュアルに、介助の必要最小限を明記していること。                      正確に把握するために、様子観察を行っていること。                      排泄の世話を受ける人の気持ちを考え、プライバシーを尊重していること。</p> <p>2. 排尿                      排尿時間・様子を記録し、誘導時間を検討していること。                      医療職と連携し、尿路感染等のトラブル予防や早期発見に努めていること。                      身体状況に合わせた排尿方法を検討・実施していること。</p> <p>3. 排便                      排便時間・様子を記録していること。                      身体状況にあわせた排便方法を検討・実施していること。                      下剤の服薬調整を行っていること。                      排便が見られない場合は、医療職と連携し対応していること。摘便・浣腸等の中から、より体に優しい方法を検討・実施していること。                      福祉機器を導入していること。頸髄損傷の利用者等が、トイレでの排便が可能になるよう検討・支援していること。</p> <p>4. オムツ交換                      排泄(オムツ交換)を記録し、交換時間を検討、工夫していること。                      オムツ・パッドの種類・当て方を検討・実施していること。                      個々の利用者のオムツ・パッドの当て方を、全職員に周知・統一していること。                      居室に、職員向けの指示を暗号化し、掲示している状況。</p> <p><b>以上の事項について確認できました。</b></p>

項目	事業所による特徴的取り組みのアピール (事業所が記載した原文のまま公表しています)	第三者評価での確認点
<p><b>健康管理・服薬管理の取り組み</b></p>	<p>1. 健康管理に関する取り組み                      毎日の状態把握、観察、記録、報告の実施。                      常勤医による定期診察、体調不良時、緊急時の診察をおこなっている。                      診療所が併設されている為嘱託医内科・神経内科・精神科・泌尿器科・皮膚科の定期診察、体調不良時、希望時診察をおこなっている。                      外部診療機関に継続してかかっている利用者へは定期的・体調不良時の受診ができるように対応している。受診時は生活支援員と看護師・運転手(送迎担当)が調整を行い体制を整える。情報伝達がしつかりと行えるように緊急受診メモを活用している。                      歯科は近隣開業歯科医、歯科衛生士が来所し診察を行っている。必要があれば受診調整をする。</p> <p>2. 服薬管理                      朝・昼・夕に薬色分けし個々の管理能力に合わせ職員投薬・自己管理に分けて対応している。                      セットする時に2重チェックをしている。服薬する際に名前を呼ぶ・顔・いつの薬かを確認し誤薬防止に努めている。</p>	<p>1. 健康管理に関する取り組み                      毎日の健康状態を把握し、記録していること。                      常勤医による定期及び必要時の診察を行っていること。                      嘱託医による定期及び必要時の診察を行っていること。                      外部診療機関利用の利用者への、定期及び体調不良時の対応を行っていること。その際は、関係職が調整を行い、緊急受診メモを活用し、確実な受診対応ができるようにしていること。                      2階にある診療所で診察を行っていること。</p> <p>2. 服薬管理                      診療所に、薬が、起床時・朝・昼・夕・就寝時に分包され、色分けして準備されていること。服薬管理能力に合わせ、職員投薬・自己管理に分けて対応していること。                      薬のセット時に、看護師が二重に確認し、また、服薬時に名前を呼ぶ等、誤薬防止に努めていること。</p> <p><b>以上の事項について確認できました。</b></p>



項目	事業所による特徴的取り組みのアピール (事業所が記載した原文のまま公表しています)	第三者評価での確認点
<p><b>日中活動 支援の取 り組み</b></p>	<p>1. グループ活動(日中活動)                  目的意識をもって利用者個人が主体的に活動することを目標とする。自己決定、意志表出が可能な利用者向けプログラムに分け、それぞれに特徴ある内容を用意し、多くの利用者の参加を促している。活動内容 パソコン、陶芸、運動等の10グループ(1グループ4~7名) 頻度 月2~4回 各グループに2名専任支援員を置き、利用者が主体的にグループ運営、活動が出来るように側面的に支援している。ほとんどのグループでボランティアによる技術的な支援、必要に応じた OT、PT による専門的な評価・アドバイスにより活動内容が構成メンバーに適合するように工夫している。作品については地域の行事で展示したり、施設の祭りで一部販売し、成果の発表の場を設けている。</p> <p>2. 外出支援                  バスハイク(グループでの一日外出)、公用車外出(1~2名での一日外出)を計画し、共に希望者1名に付年1回、支援員と1対1で外出できるようにしている。利用者にアンケートをとり大体の希望別(買物、外食、観賞等)にグループ分けし(公用車外出は個人で)利用者自身が計画を立て支援員と調整した上で実施。                  近隣外出(自由時間) 近隣(徒歩往復40分圏内)の店への買物、散歩等支援員と1対1での外出。希望者1名に付6週間に1回の割合で実施。                  個人外出コーディネート支援 個人外出についての相談・支援、移送サービスや付添いヘルパー等のコーディネート支援、外出付添いボランティア募集に関する手続き等の支援を希望に合わせて実施。</p> <p>3. 施設内・外行事                  生活の中の楽しみとしての季節行事(花火、忘年会、新年会等)と地域の一員として、また施設のアピールの機会としての地域交流行事(れいんぼう祭り、保育園等との交流会、地域の祭り等への参加)、施設間交流行事(ローリングバレー大会、卓上競技大会への参加)を実施。各行事共に支援員、利用者で話し合いを行い、計画等を共に立てている。</p>	<p>1. グループ活動(日中活動)                  自己決定、意志表出が可能な利用者向けプログラムについては、年度始めに希望を伺い、本人の意向を大切にしていること。グループ分けを行っていること。活動は、特徴ある活動 10 グループにて、月2~4回の頻度で実施していること。パソコンなど技術的な支援のために、ボランティアを受け入れていること。PT が活動に加わり、アドバイスしていること。れいんぼう祭りで革細工や陶芸などの製作品を販売していること。</p> <p>2. 外出支援                  バスハイク、公用車外出を計画し、希望者1名に付き年1回、支援員と1対1で外出していること。利用者に外出希望のアンケートを実施し、希望別にグループ分けしていること。利用者自身が計画を立て、実施する場合があること。                  支援員と1対1で、近隣への外出や買物を、希望者1名に付き、6週間に1回の割合で実施していること。                  コンサートなど外出の相談・支援、移送サービスや付添いヘルパーなどのコーディネート支援を行っていること。外出付添いボランティア募集に関する手続きなどの支援を行っていること。</p> <p>3. 施設内・外行事                  季節行事を行っていること。地域交流行事として、れいんぼう祭りを行っていること。施設間交流行事に参加していること。各行事について、支援員、利用者で話し合いを行い、計画等を共に立てていること。</p> <p><b>以上の事項について確認できました。</b></p>

項目	事業所による特徴的取り組みのアピール (事業所が記載した原文のまま公表しています)	第三者評価での確認点
<p><b>地域生活 支援の取 り組み</b></p>	<p>1. 総合相談窓口(基幹型支援センター:川崎市からの受託事業)                      リハビリテーション、医療、福祉の立場から障害に関する相談と援助を行っており、地域生活を支援するための障害者ケアマネジメント、地域福祉サービスの情報提供、ピアカウンセリング、障害者自立支援法、川崎市の障害者福祉制度、介護保険制度のご案内などを行っている。本人や家族、入院中の方やMSW(メディカルソーシャルワーカー)、保健福祉センター職員、ケアマネジャーなどからの相談も多く受けている。</p> <p>2. 在宅リハビリテーションサービス(川崎市市単独事業の受託)                      原則として15歳以上の方で、川崎市内在住で障害者手帳をお持ちの方であれば介護保険対象の方でも対象とし、最適な生活スタイルの獲得に向けて、福祉とリハビリテーションの専門スタッフ(リハビリテーション科医師、理学療法士、作業療法士、看護師、ソーシャルワーカーなど)がチームで直接ご自宅へ訪問しリハビリテーション評価を行い、リハプランに基づいたサービスを提供している。具体的なサービス内容は身体機能の維持・改善のための機能訓練、日常生活動作・家事動作と介助方法などの指導、身体障害者手帳の診断書作成、補装具・車いすの評価と作成・修理及び使用方法の指導、住宅改修工事や福祉用具・機器導入の提案と手続きに関する案内などを行っている。                      当入所施設利用者が地域移行した際も、関係機関と連携しつつ当サービスを導入しスムーズな地域移行への支援を行った。また、在宅で暮らしている障害を持った方が地域生活を継続するためにも、地域関係機関との連携を継続しつつ身体機能の変化や家族・支援状況の変化に合わせて必要に応じて再度評価を行う事もある。</p>	<p>1. 総合相談窓口                      総合相談窓口として、障害に関する相談と援助を行っていること。                      在宅の障害者からの地域生活に関する相談や、病院からの相談などを受けていること。</p> <p>2. 在宅リハビリテーションサービス                      在宅リハビリテーションサービスとして、在宅障害者からの相談を受けた後、関係者が連携し専門スタッフが自宅を訪問して評価を行い、支援内容を提案し、在宅リハビリを実施していること。                      施設入所者に対し、在宅生活に向けた準備をすすめ、地域での生活移行を支援していること。また、移行後も地域支援として、継続して支援を行っていること。                      在宅障害者が地域生活を継続するために、地域関係機関との連携を継続しつつ、再度、評価を行うための訪問を実施していること。</p> <p><b>以上の事項について確認できました。</b></p>

## 2 - 3 . 利用者への調査 ～ 利用者（家族）アンケート調査をした結果です ～

### （１）調査の状況

調査期間	平成20年11月 ～ 平成21年1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図った。
アンケート調査票の配布	対象者には事業所を経由して調査票を配布した。
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	調査票配布数 59通      :      返送通数      46通 回収率               78%

### （２）調査結果の傾向

#### アンケート調査全体の傾向

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24%、「全体的に満足である」が22%、「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43%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」との回答が50%あった。

職員とのかかわりについては、「金銭のやりとり、管理の報告がしっかりしている」、「職員に対して、自分の意見や希望をさまざまな手段で伝えることができる」、「他の人に知られたくないことなど、秘密が守られている」という設問に対して、85%を超える人から、満足との回答があった。

また、日常生活支援サービスについては、「排泄や入浴の介助の際、恥ずかしい思いをしないように配慮してくれる」、「衣服や髪型について自由にできる」、「いつも清潔な環境で過ごすことができる」という設問に対して、80%を超える人から、満足との回答があった。

### 3. 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 身体的拘束等廃止マニュアルの作成と実践      取り組み期間 H20.4～H20.9

PDCA	取り組みの概略
「P」 目標と 実践計画	施設において、身体的拘束は緊急やむを得ない場合を除いて禁止してきた。しかし、その具体的判断基準が明文化されておらず、検討の必要があった。身体的拘束のあり方についての外部研修を受講した職員が、施設内伝達研修にてその内容を発表したことをきっかけに、施設の特性に対応できるオリジナルマニュアルの作成を、計画を立てて進めることにした。
「D」 計画の実践	生活支援係接遇担当者を中心に、マニュアル作成会議を月2回、開催した。他施設を見学したり、インターネットで情報を収集した。7月にマニュアル(案)を作成し、調整会議及び各部署へ内容を報告した。そして、8月の調整会議で最終的な手直しをし、施設独自の身体的拘束等廃止マニュアルを作成した。作成にあたっては、各部署から職員が参加し、施設全体での取り組みとなった。
「C」 実践の評価 結果	施設内の各部署の専門的意見を収集し、担当者間で密な連絡調整を行い、意見を集約できた。他施設や介護保険現場での取り組みの情報を大いに参考にした。そのことにより、障害者に特有な観点を取り入れたオリジナルマニュアルを作成することができた。これまでは判断基準があいまいであったが、身体的拘束の該当・非該当の基準を設定していく過程で、職員の意識の変化もみられ、大きな収穫があった。
「A」 結果をふま えての改定 計画	作成前は、提供する支援内容が身体的拘束等に該当するかどうかの意識付けがなかった。マニュアルの作成過程を通して、その意識付けをすることができた。今後は、身体的拘束廃止委員会を定期的で開催し、マニュアルの内容や支援方法の見直し、検討を行っていき、職員全体で意識を共有していく予定である。施設での効果を見て、順次、ショートステイを含む他のサービスについても、オリジナルマニュアルの作成を広げていく方針である。

#### <第三者評価コメント>

これまで判断基準があいまいであった身体的拘束等について、職員の手で施設独自のオリジナルマニュアルを作成しています。施設全体で作成に取り組むことで、職員の意識の変化も見られています。また、マニュアルの作成で終わることなく、内容や支援方法の見直し、他のサービスも対象にすることなど、次のステップにつなげており、今後の発展が期待できます。