

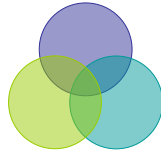
社会福祉法人 川崎市社会福祉事業団
川崎市かじがや障害者デイサービスセンター

福祉サービス第三者評価結果報告書



報告日 平成24年4月26日

福祉サービス第三者評価機関
株式会社コモンズ21研究所



福祉サービス第三者評価結果報告書

1. かながわ福祉サービス第三者評価推進機構

■ 福祉サービス第三者評価結果報告書	1
--------------------	---

2. 福祉サービス第三者評価結果報告書

■ 評価結果総括表	9
■ 大項目評価結果	10
■ 中項目評価結果	21
■ 利用者（家族）アンケート（身体障害版）の調査結果	36
■ 事業者からの意見	41

3. 当社オリジナル報告書

■ 利用者（家族）アンケート意見・要望一覧（非公表）	42
■ 評価結果集計表（非公表）	43
■ 小項目評価結果（非公表）	44～77

川崎市福祉サービス第三者評価結果総括表

1 対象施設及び実施機関

項 目		障害者施設
1	対象施設名	川崎市かじがや障害者デイサービスセンター
2	施設種別、設置・運営主体、設置時期(事業開始時期)、定員(利用者数)	施設種別 生活介護 設置 川崎市 運営主体 社会福祉法人川崎市社会福祉事業団 事業開始時期 平成4年5月1日 定員 25名
3	評価機関名	コモンズ21研究所
4	評価に要した期間	9か月
5	報告書作成日	平成24年4月26日

2 評価方法

	種 別	実施期間(期日)	
1	事業者自己評価方法	平成23年10月27日 ～平成24年3月15日	職員会議および研修会にて受審の目的、方法を全職員に周知を図った上で、書面調査にて自己評価を実施した。評価項目については、全職員が確認して意見集約を行い、施設全体の評価とした。
2	評価調査員による調査方法	平成23年3月6日 平成23年3月13日	平成23年3月6日(火) 施設見学・説明、幹部職員ヒアリング 利用者ヒアリング、書類閲覧 一般職員ヒアリング(中堅) 平成23年3月13日(火) 幹部職員ヒアリング、書類閲覧 一般職員ヒアリング(新任・看護師・栄養士)
3	利用者(家族)アンケート実施方法	平成23年10月25日 ～平成23年11月18日	事業報告会において説明の上、アンケート用紙を利用者及び家族に配付。封入したアンケートを各事業担当職員が回収した。
4	利用者本人調査方法	平成23年3月6日	言葉は出ないが評価調査員がする質問についてYES・NO方式で回答していただける利用者1名に、評価調査員4名が同席して面接を行った。

	大項目	評価	特に優れていた事項	今後取り組みが望まれる事項
I	人権への配慮	A	<ul style="list-style-type: none"> ・法人が各施設共通の個人情報マニュアルを整備し、利用者本位の理念を徹底し、外部研修を実施しています。また研修計画に基づき、ケア会議や職員会議等で定期的に話し合い徹底を図っています。利用者・家族と面談を行い、要望やニーズを確認しています。また、毎月1回の利用者の会、年1回の個別面談、利用者の満足度アンケートなどで出された意見等を確認し、支援計画、施設運営に反映しています。 ・個人情報の取り扱いについて掲示し、あらかじめ情報利用に関する家族や利用者の承諾を得ています。 ・法人では職員の行動規範を定め、体制を整備し、職員による利用者への虐待等は起きていません。職員検討会や全体会議で人権擁護や行動規範の研修を行い、ミーティング等で虐待や人権侵害が行われることがないように職員間の相互でチェックをしています。また、基本的に身体拘束は行わず、自傷予防等安全確保の場合も家族の書面による同意を得ています。 ・利用者が安心してくつろげるように長時間の座位が困難な方や医療的ケアが必要な利用者には一人ひとりの状態に配慮し、畳やマットの上での介助を行い、可能な限り在宅での介助方法や過ごし方との連続性を考えて支援をしています。 ・新たな試みとして利用者が一人で落ち着ける場所・物理的空間として、ス 	<ul style="list-style-type: none"> ・「プライバシーへの配慮に関する設備ハード上の限界について」 当センターは築20年を過ぎており、そのためプライバシー保護の観点からの排泄介助のためのスペースや設備などをはじめ、建築上の諸問題があります。建築面の改善は指定管理受託事業者として制約があり、すでに依頼は出していますが、市と協議し改善を行うなどの検討が望まれます。

			<p>スヌーズレンを実践する空間、スヌーズレンルームを整備しています。利用者が自分の選択で、自分自身の時間を持ち、援助者は同じ場で共に過ごす仲間として、利用者の表情などから気持ちをくみ取りながら活動が実施されています。</p>	
II	利用者の主体性・個別性の尊重	A	<ul style="list-style-type: none"> ・年1回の利用者面談時や毎月行われる利用者の会、家族会などに利用者と家族が参加し、意見交換の機会を設けて意向やニーズの把握に努め、利用者の主体性を尊重した対応がされています。 ・「家族会」を毎月1回開催し、家族等に対して、制度変更時の説明を行っています。また、家族の要望を受けて「成年後見人制度」や「感染症」についての勉強会を開催し、情報提供を行っています。利用者の今後の生活等の方向性として、重度障害者ケアホームなど、入所施設の情報提供や、入所施設のショートステイを利用した施設体験、ヘルパーを利用した外出、訪問医の紹介等、個別の状況に沿った支援がされています。 	
III	サービス管理システムの確立	A	<ul style="list-style-type: none"> ・法令の遵守、基本理念、職員規範については法人が行う内部研修で職員に周知徹底を図り、事業に直接関連する法令や制度改正があった場合は職員会議、家族会で説明を行い周知しています。 ・地域からの苦情については現在まで申し出はありません。苦情が発生した場合は所長が窓口となり施設の苦情対応の仕組みにより解決する体制になっています。 	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情対応マニュアルとして「苦情・相談のお知らせ」を作成していますが、受け付けた苦情についての記録の方法や報告の手順、対応策の検討など不十分な点が見られました。今後記録管理の手順等も含め明文化するとよいでしょう。 ・各マニュアルが整備されて一括ファイルされていますが、更新の日付が未記入です。見直しをした時は更新の日付を記録し、常に新しいもの

		<ul style="list-style-type: none"> ・所長の管理者としての役割と責任は事務分掌に明文化されており、「目標管理・人事考課制度トータルシステム」の導入により「人事管理、事業ヒアリング」について年3回、法人事務局長により面談を受ける仕組みになっています。また所長は、地区の社会福祉協議会、地域福祉施設協会等に出席し、各関係機関との連携を図りながら地域の福祉ニーズの把握や情報の収集に努めています。移送サービスの増加、周辺施設での利用人数の限界などが課題となっています。 ・年度末の職員会議とケアカンファレンスで個別支援計画の実施状況やサービス提供内容の総合的な支援結果の評価・点検を全職員で行い、課題分析の結果次年度の取り組みについて検討しサービスの質の向上につなげています。検討結果は次年度の事業計画に反映しています。 ・利用者のサービス提供に関する記録は個別ケース記録に記入され、センター日誌、生活記録、医療記録簿等すべて所長が確認をしています。 	<p>が確認できると、サービスの標準化につながり更なるサービスの質の向上が期待されます。</p>
IV	危機管理体制の確立	<p style="text-align: center;">A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染予防対策、食中毒蔓延防止マニュアルが整備され、それに基づいた予防策を実践し発生予防の衛生管理を徹底しています。医薬品、消毒薬、福祉用具の取り扱いもマニュアル化されています。 ・事故予防対策は、事故防止マニュアルの作成、かじがや障害者デイサービスセンターリスクマネジメントに関する 	<ul style="list-style-type: none"> ・災害が発生した場合、当センターは地域住民の第2次避難場所として指定されていますが、施設と地域自治会等での協定や連携体制はできていません。利用者の障害の特性からも近隣との相互支援協力体制を組み、安全確保を強化することが期待されます。

			<p>る指針が定められており、事故報告書が提出された時は、事故検証と防止の対策会議を定例化し、事故防止に対し職員の意識の向上を図り再発防止に努めています。</p> <p>・災害に関しては法人でマニュアルを作成し緊急時伝言システムの活用、施設としての緊急連絡方法の体制を整備しています。</p> <p>・施設の防犯、警備、安全管理については「総合警備会社」と契約し、夜間及び日中でも異常信号で駆けつけ、安全確認をする体制になっています。</p>	
V	地域との交流・連携	A	<p>・毎年施設祭り（がやがや祭り）を開催し、家族会や地域住民の協力を得てバザーや出店、演芸などを地域の方や近隣の保育園児も参加し楽しんでいます。また、ボランティアによるコンサートの開催や施設周辺の花壇作りが行われ、地域の美化活動になっています。</p> <p>その他に季節の行事を企画し地域や近隣の保育園児との交流を深めています。</p> <p>・ボランティアや実習生受け入れのマニュアルが整備され担当者を設置、窓口を明確にしています。地域のボランティアセンターの情報誌へも募集を掲載し、多くの地域ボランティアの協力を得ています。教員免許取得のための教育実習、介護体験実習生、ボランティア体験実習も随時受け入れをしています。また年1回ボランティア交流会を開催し意見交換を行い定着のためのシステム作りをしています。</p>	

VI	運営上の透明性の確保と継続性	A	<p>・法人の理念や基本方針は「①充実したサービス提供、②職員の資質能力の向上、③地域に根差した運営、④法人の経営基盤の整備」を設定し、わかりやすく明文化した文書を作成しています。毎年度末に法人各施設の事業報告をもとに法人本部によるヒアリング等で翌年度の目標設定や修正を行い、理事会が承認しています。職員の基本的な心構えが示された職員規範とともに冊子を作成し全職員に配布し、研修を行い周知しています。年度初めの家族会で、利用者家族に基本理念に基づき策定した事業計画を紙面にて配付し、概要をせつめいしています。</p> <p>・施設の事業計画は、職員等が参画し、法人の中長期計画を踏まえて策定しています。利用者が生き生きと生活でき、安心して楽しく通えるようにすることを目標に、利用者本位のサービスの確立、権利擁護、障害の特性に配慮した医療との連携強化を推進しています。計画策定の検討会では、職員から出された具体的な内容や課題、利用者満足度調査の結果、家族会からの要望、個別面談による意見、外部の関係機関や専門家の意見等を反映し、年度末に実施結果と改善案を職員会議で検討します。</p> <p>・サービスの向上策として、利用者満足度調査等を実施し、原則として3年に1回は第三者評価を受審しています。事業計画は職員全員に配布し、家族会でも重点項目について説明を行い、参加できない人にも全員に記録を渡し直接に周知・確認しています。</p>	
----	----------------	---	---	--

		<p>・法人のホームページにおいて、施設パンフレット、施設からのお知らせ「かじがや通信」が掲載され、毎月、内容の更新が行われています。カラー写真をふんだんに使って、行事やレクリエーション活動の様子などをわかりやすく紹介しています。また、法人の理念、職員行動規範等を記載した施設パンフレット等を用意し、希望者に配布しています。見学者や利用者・家族が理解しやすいように、館内には、サービスの内容、年間の行事、日々の活動、職員やボランティアなどの様子を、利用者の同意を得て写真掲示等で説明しています。契約については、ふりがな付きの契約書、わかりやすい言葉づかいの契約書も用意され、一人ひとりの状況に合わせて行っています。</p> <p>・平成 23 年度から法人が完全民営化となったことから、効率的で健全な法人経営を実現しています。社会的ニーズに適合したサービスの提供を目指し、今後の変化への対応として、利用者の高齢化、重度化への対応を重点目標としています。重度で複雑な障害のある利用者一人ひとりに充実したサービス提供ができることを目標とし、専門性の高い職員の育成を図り、階層別や職種別の研修を計画しています。</p> <p>・平成 23 年度の川崎市の指導監査、法人本部による内部監査では、基本的に大きな指摘事項はありませんでした。市の指導監査で一部指摘を受けた会議録出席者の記載方法、自傷防止のミトンの着用については監査後直ちに改善</p>	
--	--	---	--

			<p>に取り組み、ケース記録にその都度記載することを決め、職員に周知して記録方法を修正し職員へ周知し、報告が完了しています。また監査法人による会計監査を毎年実施し、適正な経営・会計処理がなされていることを確認しています。</p>	
VII	職員の資質の向上	A	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の研修要綱には具体的な目標・人材像を掲げ、新人から所長まで、職務別、経験別、階層別に体系的な研修計画が立てられ、外部機関の専門講習への参加、資格取得・維持、職場内の指導（OJT）、各種研究発表会への参加、法人内の研究発表等が行われています。 ・職場外研修では段階的に目標設定した基礎研修と専門研修を設定しています。職場内研修では施設運営理念の徹底、職務遂行上必要な知識技術の習得を目的に目標管理等を行い、所長による面談で目標の未達や課題の設定など指摘すべき事項を話し合い、職員が自分で考え行動できるような本人の気づきを促しています。 ・人材確保は障害者自立支援法に基づいて、サービス提供に必要な職員数・職員構成を把握して、計画的に取り組んでいます。人事管理要綱に求められる人材像、資質・能力の向上の方向を示し、考課の視点と基準を定め、人事管理トータルシステム（目標管理・人事考課・処遇システム）を整備しています。 ・全職員に配布される人事考課ガイドブックと研修体系に、各階層別の職務 	

		<p>基準が明確に定められ、客観的な評価の基準を示し考課を行っています。また労働法規を遵守し、改正点等を全職員が理解しやすいように資料を回覧しています。目標管理シートによる法人の人事異動ヒアリングの面談、所長による個別面談を行い、適材適所の人事配置や業務分担を決定しています。就業規定に各種の休暇が整備され、有給休暇の取得率も高い水準となっています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの病気・けがの看護を理由とした特別休暇の制度が設けられ、全職員が希望通りの休暇が取れるように、毎月、振り替え・休暇希望の確認を取り調整が行われています。職員ヒアリングの結果でも希望に沿ってほぼ確実に休暇が取得できているとの回答がありました。 ・個別支援計画書は年2回見直しを行い、事前に利用者・家族との個別面談によるアセスメントを実施し、希望・要望を反映した個別の支援計画を策定しています。策定した計画はケアカンファレンスで目標・課題・計画内容等について話し合い、利用者に対する支援の方向性を確認し、どの職員でも同じ方法で支援できるようにわかりやすく提示し、情報を共有して進めています。職員には計画策定の為の内部研修を行い、アセスメントの技法、支援と看護、ニーズ課題の設定の仕方などが指導されています。 ・サービスの提供は、本人や家族が計画を理解できていること、職員への周 	
--	--	--	--

			<p>知が徹底されていること、サービス提供に必要な環境整備と必要な手順が明確になっていることを確認し、個別の事情に配慮して実施しています。利用者と面談によるアセスメントを行い、随時家庭訪問を行い見直しています。アセスメントは施設独自の様式に基づき、課題を具体的に個別支援計画に明示し、支援員だけでなく看護師、訓練士も評価を提示して会議で内容を検討し、結果を全員にわかるようにまとめ、資料を添付して客観的な根拠のもとに行っています。</p> <p>・サービス実施計画を策定し、面談により計画の満足度、在宅での変化の有無、アセスメント情報の確認をしています。本人・家族の希望、本当に困っていること、問題となりうること等を話し合い、次年度の支援の方向性を確認し、引き続き計画と合わせて本人・家族に説明し同意を得ています。計画及び実施の評価は各職が参加しケア会議で行い、年2回中間期の9月と年度期末の3月に再評価見直しを実施しています。計画策定に必要な知識技術は内部研修会を定期に開催し、力量に応じて個人別に職員の指導を行い、資料を回覧して全職員が確認しています。</p>	
VIII	サービスの実施内容	B	<p>・アセスメント時に利用者の意思表示や伝達の仕方等を聞き取りしています。様々な障害を持つ利用者の特性を把握し、YES・NO形式や文字盤、利用者の目線、表情等から意思を読み取るよう心掛け、円滑なコミュニケーションが図れるよう工夫がされています。</p>	<p>・利用者の障害の程度から考慮し車椅子対応の中間浴槽も含め、施設設置者の川崎市に要望書を提出していますが、早い実現が望まれます。</p> <p>・車椅子対応の利用者が多くなってきているなどから、おむつ使用者のおむつ交換スペースがトイレ等に</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスルームに常備され実務に活用されている手順書があります。利用者ごとのすぐれた情報ファイルで、異なるニーズに合わせ一人ひとり異なる介護の方法や手順、配慮すべき事項が写真入りで記載され、サービス提供マニュアルとしての重要な役割を果たしています。 ・食事については、アセスメントで利用者の嗜好、好き嫌い、アレルギー、食形態等を把握するとともに、年1回食生活状況調査を実施し、食材・メニューの変更、形状の加工を行い、利用者の嚥下状態に応じた個別対応がされています。月1回給食会議では、個々の利用者の栄養状況や健康状態、食事形態等の検討と情報共有がされています。 ・入浴については、アセスメント時に自宅での入浴方法や留意事項等を把握し、同性職員2名体制で特殊浴槽で対応し安全面と利用者の清潔保持に努めています。 ・排泄については、排泄チェック表で利用者ごとに排泄の誘導や状況を把握し、介助が必要な利用者に対しては、同性の職員が必要な介助を行っています。長時間座っている場合は安定して座れるよう手作りの足置き場が用意されており、適切な環境作りに努めています。 ・月1回、看護師が体重や皮膚の状態のチェック、血圧測定を行い、医師による相談も毎月実施しています。また 	<p>確保できないため、デイルームにてカーテン区分をして行っています。</p> <p>現状では大規模な改善や設備の増強が困難な中で、スペースをやりくりしていますが、限界ではないかと観察されました。今後ますます重度化が予想される利用者の身体状況に合わせた介助のためのスペースや安全管理上の問題を解決できるように、施設設置者の川崎市とさらなる協議をし、利用者にとって望ましいサービス提供ができる環境への改善に期待します。</p>
--	--	---	--

		<p>年2回、全利用者に対して医師による健康診断が行なわれており、健康状態の把握・管理に努めています。</p> <p>・「口から食べることが大事である」との考えから、歯科医との連携が取れる体制が確立しており、歯科医は2か月に1回、歯科衛生士は月1回来所し、口腔ケアの指導・連携が図られています。また、昼食前の口腔体操や昼食後に口腔ケアを実施し、口腔や歯の健康維持と誤嚥防止に努めています。</p> <p>・レクリエーション活動は20種類以上のバラエティに富んだプログラムが用意されており、個々の希望に沿えるよう工夫がされています。また、全利用者に対して外出の機会が持てるよう昼食外出と長時間外出の計画が策定され、場所や目的などは面談時に要望を聞きとり、普段のサービスと違った充実した時間が持てるよう配慮・工夫がされています。</p>	
--	--	--	--

I 人権への配慮

中項目	評価	評価の理由（コメント）
利用者の権利の擁護	A	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者本位の個別支援が実現できるように年度初めの研修を行い、ケア会議や職員会議等でも定期的に話し合い、徹底を図っています。 ・利用者・家族との個別面談や日々の要望・希望から利用者ニーズを把握し、支援計画、施設運営に反映できるようにし、毎月 1 回の利用者の会、年 1 回の個別面談、利用者の満足度アンケートなどで出された意見等を確認しています。
プライバシーの保護	B	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報については法人がマニュアルを整備し、専門の外部研修を必須の項目として実施しています。館内に個人情報の取り扱いについてのルールを掲示し、あらかじめ情報利用に関する家族や利用者の承諾を得ています。行事やプログラムの写真、エピソード、利用者の作品、ボランティアや職員の紹介などを積極的に掲示・展示して、楽しい雰囲気を伝えており、利用者や家族、関係者にも好評です。 ・プライバシーへの配慮に関するマニュアルを整備しています。排泄時にはデイルームでカーテンを引いて外から見えない工夫をしたり、排泄や入浴では同性介助をするなどの配慮をしていますが、トイレに介助スペースが取れない等、設備・ハード上の限界があり、十分にプライバシー保護の徹底を図ることは難しい状況となっています。
身体拘束、体罰、虐待の防止への取り組み	A	<ul style="list-style-type: none"> ・現在、虐待や体罰等の事態はおきていません。法人ではサービスマニュアル（接遇）を作成し、職員検討会や全体会議で人権擁護や行動規範の確認や研修を行い、職員が不適切な言動をとらないように、細かい配慮を徹底しています。 ・人権への配慮について基本理念に定めるとともに職員の行動規範を定め、研修体系の重要項目の一つとして体制を整備しています。昨年（平成 22 年）人権擁護の職員研修を行い、その後も人権侵害が行われないように職員啓発に努めています。 ・日常的に、利用者の状態を把握し、虐待や人権侵害が行われることがないようにミーティングの際などに職員間で相互にチェックすることを決め、職員に周知しています。また、身体拘束の取り扱いをさらに明確にすることを施設の課題として取り上げてい

		<p>ます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市の指導監査で一部指摘を受けた自傷防止のミトンの着用については、ケース記録にその都度記載するように改善しています。基本的に身体拘束は行わず、安全確保の場合も家族の同意を得て行っています。
<p>生活の場としての環境整備</p>	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・快適な環境が維持できるよう、マニュアルに従い定期的な点検整備と業者による専門的な点検や保守を実施しています。経年変化で老朽化した設備等については管理上の課題を抽出し、施設・建物の運営主体である川崎市に資料を提出して、補修改修等の検討を依頼しています。 ・利用者が安心してくつろげるように生活環境の点検・整備とともに、一人ひとりの状態に配慮した支援を行い、可能な限り在宅での介助方法に合わせ、家での過ごし方との連続性を考えて実施しています。長時間の座位が困難な方や医療的ケアが必要な利用者のために、畳やマットの上での介助を行いくつろげるスペースを確保しています。 ・新たな試みとして利用者が一人で落ち着ける場所・物理的空間として、スヌーズレンを実践する空間、スヌーズレンルームを整備しています。利用者が自分の選択で、自分自身の時間を持ち、援助者は同じ場で共に過ごす仲間として、利用者の表情などから気持ちをくみ取り、活動が実施されています。 ・当センターは築20年を過ぎており、そのため排泄介助のためのスペースや設備などをはじめ建築上の諸問題があります。建築面の改善は指定管理者受託事業者として制約がありますが、当センターは市の福祉事業の中でも先進的な取り組みが行われており、川崎市に数少ない障害者のための専門施設です。長年築きあげて来た経験や歴史を生かし、さらに進んだ利用者サービスの実現が可能となるように、総合的な福祉施設としてリフォームや利用システムを再構築するなど検討を行い、共有部分やユーティリティスペースなどの活用、介助設備などについて、市と協議し同じ建物にある他の福祉施設と建物の共用を図り改善を行うなどの検討が望まれます。

II 利用者の主体性・個別性の尊重

中項目	評価	評価の理由（コメント）
利用者満足度の向上への取り組み	A	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年1回「利用者満足度調査」を実施し、集計結果の分析・検討が全職員で行われています。 ・今年度は、法人が運営するすべての施設で「施設利用者満足度アンケート」に取り組み、法人にて集計した結果を職員に回覧するとともに、職員会議で報告がされています。 ・年1回の利用者面談時や毎月行われる利用者の会、家族会などに利用者と家族が参加して意見交換の機会を設け、要望やサービス内容について把握をし、協議する体制が作られています。 ・利用者・家族の要望を受けて、入浴回数を増やしたり、祝日運営に取り組むなどのサービス向上が図られています。
利用者が意見を充分に言える体制	A	<ul style="list-style-type: none"> ・契約書や重要事項説明書に苦情解決についての記載があり、施設内の窓口・受付担当者・電話番号が明記されています。当法人の「第三者委員会」「かながわ福祉サービス運営適正化委員会」「川崎市健康福祉局障害計画課」の連絡先も記載し、利用者や家族に対して周知を図っています。 ・「苦情・相談のお知らせ」や「川崎市障害者施設苦情解決第三者委員」の流れと連絡先が掲示と、「相談・苦情受付ボックス」を入り口に設置し、直接意見等の申し出のできない方のための対策がなされています。 ・個別面談時や利用者の会、家族会などで受け付けた意見・要望は個人ケースファイルに記録をしていましたが、経緯や検討内容等確認しにくいと、「苦情・相談記録用紙」を作成し、受け付けた経緯や検討内容が誰でもわかるように改善されました。
利用者の意見や意向への配慮	B	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が高齢化してきている中で、利用者の今後の生活等の方向性として、重度障害者ケアホームなど、入所施設の現状等の情報提供をしています。また、入所施設のショートステイを利用した施設体験、ヘルパーを利用した外出、訪問医の紹介等個別の状況に沿った支援がされています。 ・年1回の個別面談時や日々の連絡帳、利用者の送迎時などの機会を設け、家庭での様子や家族からの意見や相談など受ける体制

	<p>が確立しており、細やかな情報交換やニーズの把握に努めています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎月1回「家族会」を開催し、家族等に対して、制度変更時の説明を行ったり、家族の要望を受けて「成年後見人制度」や「感染症」についての勉強会を開催し、情報提供を行っています。 ・個別支援計画書は年2回見直しを行い、事前に利用者・家族との個別面談によるアセスメントを実施、希望・要望を反映した個別の支援計画を策定しています。策定した計画は、ケアカンファレンスで目標・課題・計画内容等について話し合い、利用者に対する支援の方向性を確認し、どの職員でも同じ方法で支援できるようにわかりやすく提示し、情報を共有して進めています。職員には計画策定のための内部研修を行い、アセスメントの技法、支援と看護、ニーズ課題の設定の仕方などが指導されています。 ・入所など他施設に移行する際には、情報提供とともに、見学や体験利用など行えるように支援しています。また、利用者や家族の希望に応じて他施設等の情報提供がされています。 ・地域における就労や生活を体験できるプログラムやマニュアルを用意するまでには至っていません。
--	--

Ⅲ サービス管理システムの確立

中項目	評価	評価の理由（コメント）
経営における社会的責任	A	<ul style="list-style-type: none"> ・法令の遵守、基本理念、職員規範については、法人が行う内部研修で職員に周知徹底を図っています。事業に直接関連する法令や制度改正があった場合は、職員会議、家族会で資料を配布して説明を行い、周知しています。職員会議の中で事例検討会や勉強会を開催し、職員の意識の向上を図っています。 ・現在まで、地域からの苦情の申し出はありません。地域とは開設以来長い付き合いであり、2階に併設される「老人いこいの家」の利用者は、施設の利用者が雨の日に訓練をしている様子を見て、ねぎらいの声をかけてくれたり、外出の際は必ず挨拶を交わすなど良好な関係が保たれています。 ・所長は、地区の社会福祉協議会、地域福祉施設協会等に参加し、各関係機関との連携を図りながら地域の福祉ニーズの把握や情報

		<p>の収集に努めています。移送サービスの増加、周辺施設での利用人数の限界などが課題となっています。法人としては地域の福祉ニーズに合わせ平成 23 年度に片平地区特別養護老人ホームを、平成 24 年度には保育所の立ち上げを行っています。</p>
経営者のリーダーシップ	A	<ul style="list-style-type: none"> ・所長の管理者としての役割と責任は事務分掌に明文化されており、「目標管理・人事考課制度トータルシステム」の導入により「人事管理、事業ヒアリング」について年 3 回、法人事務局長により面談を受ける仕組みになっています。 ・法人による年間の研修計画が策定されており、所長は今年度階層別、職種別研修として、全国社会福祉協議会主催の「社会福祉法人経営者研修会」に参加し、経営管理コース・人事管理コースを受講、「職員の自己業務管理能力」の育成に取り組んでいます。 ・目標管理システムが導入されており、職員は事業計画を基に目標管理シートを記入して、年度初めに所長に提出しています。所長は職員と年 3 回個別面談を行い、評価や目標達成状況、職員の考え方の把握、また職員がやりたいと思っていることや困っていることなどを話し合い、自発性と意欲を引き出せるように取り組んでいます。 ・職員全員が安全で丁寧な支援を意識し、業務の工夫や改善に主体的に取り組めるよう、検討会や支援ミーティングを定期的を開催し職員同士で話し合う機会を作っています。その工夫の実践例として、施設のハザードマップの作成があります。
サービスの質の向上に向けた取り組み	B	<ul style="list-style-type: none"> ・年度末の職員会議とケアカンファレンスで、個別支援計画の実施状況やサービス提供内容の総合的な支援結果の評価・点検を全職員で行い、課題分析の結果や次年度の取り組みについて検討し、サービスの質の向上につなげています。検討結果は次年度の事業計画に反映しています。平成 23 年度より、市の指定管理者モニタリングチェックを 3 か月ごと年 4 回提出し、評価を受けています。 ・マニュアルは「かじがやサービスマニュアル」に一括してファイリングし、整備されています。1、日常支援に関する業務（人権、相談、送迎、入浴、食事、排泄、移動、コミュニケーション）、2、リスクマネジメント、3、活動に関する支援（個別支援計画・各種プログラム）、4 健康に関する支援（日常・感染・口腔）、5 家族に関する

	<p>る支援（家族会・連絡帳） 6 その他（地域交流、実習生、ボランティア、防災、環境整備）のマニュアルがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルは、新任研修のオリエンテーション資料として活用されていますが、今後介助方法や具体的手順が業務点検等に有効活用できるように検討会で整備する予定となっています。 ・利用者のサービス提供に関する記録は個別ケース記録に記入されており、センター日誌、生活記録、医療記録簿等すべて所長が確認をしています。 ・記録に関しては法人の自立支援法の運営規程に基づいて記録の管理、整理をしています。 ・現在マニュアルの定期的な見直しは行われていません。サービスの変更や制度の改正に伴い、適宜見直し変更を行うこととしていますが、マニュアルの更新の日付が未記入です。見直しをした時は更新の日付を記録し、常に新しいものが確認できると、サービスの標準化につながり更なるサービスの質の向上が期待されます。
<p>苦情解決のしくみの確立</p>	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約書や重要事項説明書にも苦情解決についての記載があり、施設内の窓口・受付担当者・電話番号が明記されています。当法人の第三者委員会や社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会に設置された、かながわ福祉サービス運営適正化委員会、川崎市健康福祉局障害計画課の連絡先も記載し、利用者や家族に対して周知を図っています。 ・苦情に対する窓口を設置し、苦情解決責任者・受付担当者・第三者委員等を記載した「苦情・相談のお知らせ」が入口に掲示されています。また、「相談・苦情受付ボックス」の入口への設置と「川崎市障害者施設苦情解決第三者委員」の流れと連絡先が掲示され、直接意見等申し出のできない方のための対策がなされています。 ・受け付けた苦情は、状況の確認をし、ミーティングや職員会議等で解決に向けた対応方法の検討を行い、全職員へ周知し、改善がなされています。

	<ul style="list-style-type: none"> ・個別面談時や利用者の会、家族会などで受付けた意見・要望は個人ケースファイルに記録をしていましたが、経緯や検討内容等確認しにくいいため、新たに「苦情・相談記録用紙」を作成し、受け付けた経緯や検討内容が誰でもわかるように改善されました。 ・苦情対応マニュアルとして「苦情・相談のお知らせ」は、受け付けた苦情についての記録の方法や報告の手順、対応策の検討など、不十分な点が見られました。今後記録管理の手順等も含め明文化するとよいでしょう。 ・苦情件数がほとんどないことを良しとせず、希望や要望を苦情としてとらえるなどとともに、新しく作成した「苦情・相談記録用紙」に苦情等の個別対応で得られた成果や改善、業務の見直し等を記載できるようにするとよいでしょう。また、「再発防止記入欄」を設け再発防を視野に入れた取り組みができるとさらに充実した対応につながると思われます。
--	--

IV 危機管理体制の確立

中項目	評価	評価の理由（コメント）
安全管理・安全の確保	A	<ul style="list-style-type: none"> ・感染予防対策、食中毒蔓延防止マニュアルが整備され、それに基づき予防策を実践、物品の消毒も毎日行い発生予防の衛生管理を徹底しています。医薬品、消毒薬、福祉用具の取り扱いもマニュアル化されています。 ・事故予防策は、事故防止マニュアルの作成、かじがや障害者デイサービスセンターリスクマネジメントに関する指針が定められており、事故発生時の対応、報告書作成、フローチャートが整備されています。事故報告書が提出された時には、事故検証と防止の対策会議を定例化し、事故時の対応や日常のケアについて意識の向上に努めています。また、ヒヤリハットの報告書は当日提出、事故報告書は5日以内の提出を厳守としています。内部研修を定期的に行い、事故事例の共有を図り再発防止に努めています。 ・防災については消防計画を策定し、設備、環境の定期点検を実施、消防署の協力を得て防災訓練を年3回、避難訓練を年1回実施しています。防火体制組織図、緊急時の消防署への連絡、事故発生時の対応等が事務室に掲示されています。

	<ul style="list-style-type: none"> ・災害に関しては法人でマニュアルを作成し緊急時伝言システムを活用し、施設としての緊急連絡方法の体制を整備しています。昨年の東日本大震災の後、施設として体制の見直しを図り整備を行っています。緊急時の家族への連絡を第1次、第2次、第3次まで調査を行い、体制を整えると共にその連絡体制について伝達訓練を実施しています。 ・施設の防犯、警備、安全については「総合警備保障会社」と契約し、夜間及び日中でも異常信号で駆けつけ安全確認をする体制になっています。 ・施設設備管理、清掃業務は業者委託し施設設備の法令点検、自主点検を随時行い、安全確認をしています。 ・災害が発生した場合、当センターは地域住民の第2次避難場所として指定されていますが、施設と地域自治会等での協定や連携体制はできていません。利用者の障害の特性からも近隣との相互支援協力体制を組み、安全確保を強化することが期待されます。
--	---

V 地域との交流・連携

	中項目	評価	評価の理由（コメント）
	地域住民やボランティアの交流の場の提供	A	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年施設祭り（がやがや祭り）を開催し、家族会や地域住民の協力を得てバザーや出店、演芸など地域の方や、近隣の保育園児も参加し交流を図り共に楽しんでいます。またボランティアによるコンサートの開催や道路に面した花壇の手入れがおこなわれています。その他に季節行事を企画し地域や近隣の保育園児との交流を深めています。 ・毎月施設での活動の様子を「かじがや通信」として発行し、施設前の掲示版に貼り出しています。利用者の書道や絵等の作品も展示し障害者施設の理解が得られるよう努めています。施設での活動の様子は法人のホームページでも紹介しています。 ・地域のボランティアセンターの情報誌へボランティア募集の掲示を依頼し、ボランティアセンターを通して受け入れは随時行っています。地域の方が多く、お祭り、理容・美容ボランティア、音楽、フラワーアレンジメント、介助補助、入浴補助、花壇管理

			<p>補助、環境整備など多くのボランティアの協力を得ています。教員免許取得のための教育実習、介護体験実習、ボランティア体験実習は随時受け入れをしています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアや実習生受け入れのマニュアルが整備され担当者を設置、窓口を明確にしています。また年1回ボランティア交流会を開催し意見交換をしています。ボランティアの定着を図るためのシステムを作り対応しています。 ・地域住民等に対し、障害への理解促進や支援方法を伝える企画等を行うまでには至っていません。
	関係機関との相談・連携	A	<ul style="list-style-type: none"> ・必要な社会資源は明確にされています。神奈川県障害者施設協会、川崎市障害者施設協会の施設長会、保健福祉センター重症心身障害者施設連絡会等定期的に開催される会議に参加し、連携と情報交換をしています。 ・保健福祉センター、訪問介護サービス事業所、医療機関、相談支援事業所、社会福祉協議会、ほか生活介護施設など関係機関とは利用者の状況に応じ相談、カンファレンス、事例検討会などを開催し連携を取っています。 ・防災関係では消防計画による設備、環境の定期点検を行い消防署の協力を得て防災訓練、避難訓練を実施しています。 災害が発生した場合、当センターはこの地域における住民の第2次避難場所として指定されていますが、施設と地域や周辺施設との連携体制はできていません。利用者の障害の特性からも地域との相互の協力体制、連携が望まれます。

VI 運営上の透明性の確保と継続性

中項目	評価	評価の理由（コメント）
理念や基本方針、中・長期計画の策定及び職員や利用者への周知	A	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念や基本方針として、「①充実したサービス提供、②職員の資質能力の向上、③地域に根差した運営、④法人の経営基盤の整備」を設定し、わかりやすく明文化した文書を作成しています。毎年度末に、法人各施設の事業報告をもとに、法人本部による所長へのヒアリング等で翌年度の目標設定や修正を行い、理事会が承認しています。理念、基本方針は平成16年に策定され、平成20年に改正されています。職員の基本的な心構えが示された職

		<p>員規範も記載した冊子を作成して全職員に配布し、研修を行い周知しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念や方針については、職員の基本的な心構えが示された職員規範とともに明文化し、冊子にして全職員に配布、職員会議で説明や研修を実施しています。 ・家族には、年度初めには基本理念に基づき策定した事業計画の概要を説明し、冊子を配布するなどして、理解を促す取り組みをしています。 ・平成 23 年 10 月に、法人全体の中長期計画を策定し、冊子「今後のあゆみ」（中・長期計画）を作成して、公表・配布をしています。 ・施設の事業計画は、利用者本位の確立と権利擁護の推進を定めた法人の中長期計画を踏まえて策定し、利用者が生き生きと生活でき、安心して楽しく通えるようにすることを目標としています。 ・事業計画の策定には職員等が参画し、検討会や職員から出された具体的な内容や課題を盛り込み、年度末に実施結果と改善案を職員会議で検討します。計画には利用者満足度調査の結果と、家族会からの要望、個別面談による意見、外部の関係機関や専門家の意見を反映しています。 ・施設の運営は川崎市の指定管理者を受けて実施するため、大規模な予算を伴う修繕計画や地域ニーズを反映した事業計画の設定に取り組むには多くの制約があります。施設設置者の市の担当部門に対し、当センターの管理問題について検討課題を提示し改善すべき内容を伝えていますが、中長期の見通しに沿った具体的な計画は策定されていません。施設管理者や運営上の課題について提案し、中・長期の見通しに沿って市と具体的に協議し共同して重要な課題を検討し、取り組むとよいでしょう。
	<p>情報開示への取り組み</p>	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人のホームページに「かじがや通信」という PDF の施設広報が掲載され、毎月内容の更新が行われ、カラー写真をふんだんに使って行事や、レクレーション活動の様子など楽しそうな日常生活を紹介しています。

			<ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念、職員行動規範等各種パンフレット、施設のパンフレットを用意し希望者に配布しています。また、契約の際には利用者の誤解が無いように配慮し、重要事項及び施設サービス等をわかりやすく説明したうえで契約を行っています。 ・利用者や家族が理解しやすいように、館内にはサービスの内容、年間の行事や日々の活動、職員やボランティアなどの様子を豊富な写真掲示等で説明しています。契約は一人一人の状況に合わせて行い、必要な人にはふり仮名を振るなど言葉づかいをわかりやすくした契約書を使用しています。 ・利用開始に先立ち利用者宅を訪問して面接を行い、サービス管理責任者と支援員が利用者と家族の状況把握と意向の確認をし、複数のサービス提供機関の情報を提供し、状況や希望に沿った支援やサービスが選択できるように配慮しています。
	経営改善への取り組み	A	<ul style="list-style-type: none"> ・平成 23 年度から法人が完全民営化となったことから、効率的で健全な法人経営を実現しています。社会的ニーズに適合したサービスの提供を目指し、今後の変化への対応として、利用者の高齢化、重度化への対応を重点目標としています。重度で複雑な障害のある利用者一人ひとりに充実したサービス提供ができることを目標とし、専門性の高い職員の育成を図り、階層別や職種別の研修を計画しています。 ・平成 23 年度の川崎市の指導監査、法人本部による内部監査は、基本的に大きな指摘事項はありません。市の指導監査で一部指摘を受けた会議録出席者の記載方法、自傷防止のミトンの着用については監査後直ちに改善に取り組み、ケース記録にその都度記載することを決め、職員に周知して記録方法を修正し職員へ周知し、報告が完了しています。また、監査法人による会計監査を毎年実施し、適正な経営・会計処理がなされていることを確認しています。

VII 職員の資質の向上

	中項目	評価	評価の理由 (コメント)
	職員の資質向上に向けた研修の充実	A	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の研修要綱には具体的な目標・人材像を掲げ、新人から所長まで、職務・経験、階層別に体系的な研修計画が立てられ、外部機関の専門講習への参加、資格取得・維持、職場内の指導 (OJT)、各種研究発表会への参加、法人内の研究発表等が行われています。

		<ul style="list-style-type: none"> ・職場外研修では段階的に目標設定した基礎研修と専門研修を設定し、目的と内容、基本知識と到達すべき技術水準を明らかにしています。職場内研修では施設運営理念の徹底、職務遂行上必要な知識技術の習得を目的に目標管理等を行い、職員は自分で考え行動し、業務目標の進捗状況を定期的に確認し、所長による面談では目標の未達や課題の設定など指摘すべき事項を話し合い、本人の気づきを促しています。
	<p>職員の処遇・就業環境への配慮</p>	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人材確保は、障害者自立支援法に基づいて、サービス提供に必要な職員数・職員構成を把握し、計画的に取り組んでいます。人事管理要綱に求められる人材像、資質・能力の向上の方向を示し、考課の視点と基準を定め、人事管理トータルシステム（目標管理・人事考課・処遇システム）を整備しています。 ・全職員に配布される人事考課ガイドブックと研修体系に、契約・新規採用職員、新任職員（2～4年未満）、中堅職員（4～5年以上）、主任、係長（主査）、所長、と各階層別に異なる職務基準が明確に定められ、考課者が配慮すべきこと、職員の技術、能力等の客観的な評価の基準を示し人事考課を行っています。 ・また労働法規を遵守し、法規の改正点や内容を正規職員、契約職員の別なく全職員が確認して理解しやすいように資料を回覧するなど、法令を重視しきちんと配慮された人事管理を実施しています。 ・年度初めに職員に目標管理シートに記入してもらい、正職員を対象に法人本部による人事異動ヒアリングの面談、所長による個別面談を行い、本人の意欲や意向、適性を考慮しつつ、適材適所の人事配置や業務分担を決定しています。 ・法人の就業規定に準じて、出産、育児、疾病、介護のための休暇が整備され、有給休暇の取得率も高い水準となっています。他に子どもの病気・けがの看護を理由とした特別休暇の制度が設けられています。契約職員を含め全職員が希望通りの休暇が取れるように、毎月、振り替え・休暇希望の確認を取り調整が行われています。職員ヒアリングの結果でも希望に沿ってほぼ確実に休暇が取得できており、他の民間企業に勤務していた頃のように気兼ねをする必要がなくなったとの回答がありました。

			<ul style="list-style-type: none"> ・職員の福利厚生として、公益財団法人神奈川県福利協会及び川崎市勤労者福祉共済に加盟し、様々な福利厚生制度が利用できようになっているほか、法人が行う職場のレクリエーション活動の助成もあります。
	職員の参加によるサービス内容の点検・評価	A	<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画は、個別対応を重視し利用者・家族との面談によるアセスメントを実施し、要望等を反映した計画を策定し年2回見直しを行います。事前に利用者本人の現状、在宅状況、基本的ニーズ、環境評価の手順で計画の策定を行い、取り組むべき課題、解決したい事柄をまとめています。職員はケアカンファレンスで支援の方向性を確認し、どの職員でも同じ方法で支援できるように情報を共有し、内部研修を行っています。 ・サービスの提供は、本人や家族が計画を理解できていることや、職員への周知が徹底されていること、サービス提供に必要な環境整備と手順が明確になっていることを確認し、個別の事情に配慮して実施しています。利用者と面談によるアセスメントを行い、随時、家庭訪問を行い見直しています。アセスメントは施設独自の様式に基づき、課題を具体的に個別支援計画に明示しています。その計画に対して、支援員だけでなく看護師、訓練士も評価して、会議で内容を検討し、結果について全員にわかるようにまとめ、資料などの客観的な根拠を提示しています。 ・サービス実施計画は利用者一人一人について策定し、面談により実施された計画についての満足度、在宅での変化の有無、基礎アセスメント情報の確認をしています。本人・家族の希望、本当に困っていること、問題となりうること等を話し合い、次年度の支援の方向性を確認し、引き続き実施される計画と合わせて本人家族に説明し同意を得ています。計画の策定及び実施に関する評価は、各職が参加するケア会議で検討を行い、年2回中間期の9月と年度期末の3月に再評価・見直しを実施しています。サービス実施計画策定に必要な知識技術に関する内部研修会を定期的に行い、力量に応じて個人別に職員の指導等を実施し、資料等は回覧して全職員が確認しています。

VIIIサービスの実施内容

	中項目	評価	評価の理由（コメント）
	利用者の尊重	B	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーションマニュアルが作成され、傾聴と観察技術、専門性の活用、日常的なコミュニケーションの取り方の基本など

		<p>が明記されており、コミュニケーションがとりにくい利用者への支援体制が構築されています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント時に意思表示や伝達の仕方等を聞き取り、様々な障害を持つ利用者の特性を把握し、YES・NO形式や文字盤等を用いて話しかけたり、利用者の目線、表情等からコミュニケーションが図れるよう工夫がされています。 ・主体的な活動が可能な利用者については個別計画を作成し、集団レクリエーションのプロデュースの役割を持って行えるよう支援がされています。 ・毎月「利用者の会」を開催し、利用者同士のコミュニケーションの促進と利用者からの要望を把握する体制が確立しており、利用者の主体性を尊重した対応がされています。 利用者の能力や機能を生かし、意欲を持って行えるよう、利用者の意思確認に努め、見守りや声掛けをしながらサービスの提供がされています。 ・利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムを作成するまでには至っていません。
	日常生活支援	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事については、アセスメントで利用者の嗜好、好き嫌い、アレルギー、食形態等を把握するとともに、年1回食生活状況調査を実施し、食材・メニューの変更、形状の加工を行い、利用者の嚥下状態に応じた個別対応がされています。 ・食生活状況調査結果は、栄養士が家族会の時に説明を行い、BMI指数等のリスク判定等を記入した個別栄養管理票を利用者に配布し、きめ細やかな対応がされています。 ・入浴については、アセスメント時に自宅での入浴方法や留意事項等を把握し、必要に応じて個別支援計画書に反映されています。同性職員2名体制で特殊浴槽で対応し、安全面と利用者の清潔保持に努めています。 ・排泄については、排泄チェック表で利用者ごとに排泄の誘導や状況を把握し介助が必要な利用者に対しては、同性の職員がプライバシーに保護しながら必要な介助を行っています。

		<ul style="list-style-type: none"> ・月1回、理美容ボランティアが訪問し、利用者の散髪等行っています。髪型や髪の毛の長さなどの希望は、利用者や家族から職員が聞き取りをし、ボランティアに伝えるなどの支援がされています。 ・月1回、看護師が体重や皮膚の状態のチェック、血圧測定を行い、医師による相談も毎月実施しています。また年2回、全利用者に対して、医師による健康診断が行なわれており、健康状態の把握・管理に努めています。 ・「口から食べるのが大事」との考えから、歯科医との連携が取れる体制が確立しており、歯科医は2か月に1回、歯科衛生士は月1回来所し、口腔ケア指導等を連携が図られています。また、昼食前の口腔体操や昼食後に口腔ケアを実施し、口腔や歯の健康維持と誤嚥防止に努めています。 ・レクリエーションは創作・絵手紙・散歩・カラオケ・映画・習字・リラックス等20種類以上のバラエティに富んだプログラムが充実しており、個々の希望に沿えるよう工夫がされています。また、全利用者に対して外出の機会が持てるよう昼食外出と長時間外出の計画が策定され、場所や目的などは面談時に要望を聞きとり、普段のサービスと違った充実した時間が持てるよう配慮・工夫がされています。
--	--	---

『川崎市障害者福祉サービス第三者評価』利用者アンケート集計結果
 調査対象事業所 川崎市かじがや障害者デイサービスセンター

○ 結果の特徴

1 概況

1. アンケート送付数(対象者数) 26名
 2. 回収率 81% 21名

○ 調査結果

I 利用前の情報提供について

- 1) 通所する前に、施設での過ごし方や職員が何をしてくれるか(作業や活動、食事、入浴、トイレ等において)、また、わからないことややりたいことについて、わかりやすい説明がありましたか。

はい	85.7%	18名
いいえ	0.0%	0名
わからない	4.8%	1名
無回答	9.5%	2名
合計	100.0%	21名

- 2) 通所するかどうか考えるため、見学をしましたか。

はい	76.2%	16名
いいえ	9.5%	2名
わからない	4.8%	1名
無回答	9.5%	2名
合計	100.0%	21名

- 3) あなたが希望して、通所を決めましたか。

はい	76.2%	16名
いいえ	9.5%	2名
わからない	4.8%	1名
無回答	9.5%	2名
合計	100.0%	21名

Ⅱ 施設の生活・環境について

4) 食事はおいしいですか。

はい	85.7%	18名
いいえ	0.0%	0名
わからない	14.3%	3名
無回答	0.0%	0名
合計	100.0%	21名

5) 食事は、あなたの健康や障害の状態に合った食べやすいものになっていますか。

はい	95.2%	20名
いいえ	0.0%	0名
わからない	4.8%	1名
無回答	0.0%	0名
合計	100.0%	21名

6) 作業や活動、食事、トイレなどで自分でできないとき、いつでも職員は手伝ってくれますか。

はい	95.2%	20名
いいえ	4.8%	1名
わからない	0.0%	0名
無回答	0.0%	0名
合計	100.0%	21名

7) 食事や入浴、トイレの時間、用具、介助方法等は、あなたにあったものになっていますか。

はい	95.2%	20名
いいえ	0.0%	0名
わからない	4.8%	1名
無回答	0.0%	0名
合計	100.0%	21名

8) 恥ずかしい思いをしないよう、職員は気をつかってくれますか。

はい	90.5%	19名
いいえ	0.0%	0名
わからない	4.8%	1名
無回答	4.8%	1名
合計	100.0%	21名

9) 職員から嫌なことをされたり言われたりすることはありますか。

はい	19.0%	4名
いいえ	71.4%	15名
わからない	4.8%	1名
無回答	4.8%	1名
合計	100.0%	21名

10) 施設の中で、他人に知られたくないことは秘密にしてくれるなど、あなたのプライバシーは守られていますか。

はい	90.5%	19名
いいえ	0.0%	0名
わからない	9.5%	2名
無回答	0.0%	0名
合計	100.0%	21名

11) 職員があなたを呼ぶとき、呼び捨てにしたりあだ名で呼んだりするなど、嫌な呼び方をすることはありますか。

はい	85.7%	18名
いいえ	0.0%	0名
わからない	14.3%	3名
無回答	0.0%	0名
合計	100.0%	21名

12) 職員によって言うことが違ったり、命令するような職員がいますか。

はい	4.8%	1名
いいえ	90.5%	19名
わからない	4.8%	1名
無回答	0.0%	0名
合計	100.0%	21名

13) 職員はあなたの気持ちをわかってくれ、きちんと対応してくれますか。

はい	85.7%	18名
いいえ	0.0%	0名
わからない	14.3%	3名
無回答	0.0%	0名
合計	100.0%	21名

14) 体の調子が悪い時やけがをしたとき、看護師が見てくれたり、
病院に連れて行って行ったりしてくれますか。

はい	100.0%	21名
いいえ	0.0%	0名
わからない	0.0%	0名
無回答	0.0%	0名
合計	100.0%	21名

15) 施設では、自由時間にあなたの好きなことができますか。

はい	57.1%	12名
いいえ	4.8%	1名
わからない	33.3%	7名
無回答	4.8%	1名
合計	100.0%	21名

16) 買い物などで外出したいとき、希望どおり外出できますか。

はい	71.4%	15名
いいえ	9.5%	2名
わからない	9.5%	2名
無回答	9.5%	2名
合計	100.0%	21名

Ⅲ 個別支援計画について

19) 施設での目標やすごし方について、職員はあなたの意見を聞いて、一緒に考え、わかりやすく説明してくれましたか。

はい	95.2%	20名
いいえ	0.0%	0名
わからない	0.0%	0名
無回答	4.8%	1名
合計	100.0%	21名

Ⅳ 施設の満足度について

[1]施設はあなたにとって良いところだと思いますか。

はい	95.2%	20名
いいえ	0.0%	0名
わからない	4.8%	1名
無回答	0.0%	0名
合計	100.0%	21名

事業者コメント

平成20年度の受審から三年が経過し、2回目の第三者評価を受けることになりました。前回の評価では施設の取り組みに高い評価を頂き、サービス提供のあり方や方向性を確認し、新たな気持ちで利用者サービスに取り組んできました。

しかし、この三年の間には、制度や福祉の動向に変化があり、また施設の利用者の方や職員にも入れ替わりがありました。施設職員として、私達がサービスの充実と更なる向上に向かって取り組む姿勢には変わりはありませんが、今回の第三者評価を受審することで、様々な状況変化に見落としが無いかを確認し、今後の課題や改善策を講じる事で職員の気持ちを一つにして、さらなるサービス向上にチャレンジ出来る機会になると考えました。

地域との関わりや家族の要望や意見収集には十分に配慮し、新しい取り組みやサービスの工夫に努力していますが、どうしてもマンネリ化や内部の自己完結になりやすい部分もあることは否定できません。定期的に自分たちの取り組みや事業方針、施設目標等を客観的な視点で確認し、足りない部分や気付かない事などを整理していくことが、大きな刺激となり、自分たちのポテンシャルの向上にもつながります。

今回の評価では、私達が紆余曲折しながら努力し実施してきたサービスや施設全体での取り組みや方向性に高い評価を頂きました。また、今後の課題や改善点も明確になりました。ここで立ち止まらず、「求められる施設」となれるよう職員一丸となって、一步一步前進して行きたいと思えます。

川崎市かじがや障害者デイサービスセンター