

福祉サービス第三者評価結果 (グレード1)

事業所名 やまばと学園

発効:平成24年3月26日(平成27年3月25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	シャカイフクシホウジンジョウセンカイ ヤマバトガクエン
事業所名 (正式名称を記載)	社会福祉法人浄泉会 やまばと学園
事業所種別	障害者支援施設 (生活介護・施設入所支援)
事業所住所 最寄駅	〒250-1322 神奈川県秦野市渋沢2620番地2 小田急小田原線渋沢駅下車 南口峠行神奈交バス10分終点下車徒歩1分
事業所電話番号	0463-87-1188
事業所FAX番号	0463-87-6876
事業所代表者名	役職名 施設長 氏名 武居 浩二
法人名及び 法人代表者名	法人名 社会福祉法人浄泉会 法人代表者氏名 理事長 西田 精吾
URL	http://www.kanagawa-id.org/yamabato/
E-mail	yamabato@galaxy.ocn.ne.jp
問合せ対応時間	8:30~18:00

事業所の概要1

開設年月日	平成3年4月1日
定員数	60名 (短期入所2名、日中一時支援5名)
都市計画法上の用途地域	市街化調整区域
建物構造	鉄筋コンクリート造り 4階建
面積	敷地面積(3055)m ² 延床面積(1988)m ²
居室あたりの人数 (入所施設の場合のみ)	個室/7室 二人部屋/10室 三人部屋/3室 四人部屋/6室

事業所の概要2 (職員の概要)

総職員数	54名
うち、次の職種に 該当する職員数	施設長 (常勤 1名: 常勤以外 名) 支援課長 (常勤 1名: 常勤以外 名) 相談支援職員 (常勤 25名: 常勤以外 8名) 看護職員 (常勤 2名: 常勤以外 名) 理学療法士 (常勤 名: 常勤以外 1名) 栄養士 (常勤 1名: 常勤以外 名) 調理員 (常勤 7名: 常勤以外 名) 事務員 (常勤 3名: 常勤以外 名) その他 (嘱託医: 1名、洗濯清掃: 4名)

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	第1回目の受審後、第三者評価内容を反映し、職員全員で自主運営計画を立て、利用者様の立場に立ったきめ細かい支援サービスに努めて参りました。今回第2回目の第三者評価となりましたが、引き続きグレード1取得を目指しました。 やまばと学園信条を毎日唱和し利用者本位のきめ細かいサービスを実践し、利用者様が快適で安心して、安全に楽しく、アットホームで満足して、健康で暮らせることを再重要目的として事業を推進しています。また、ISO9001認証取得した障害者支援施設としてPDCAや安全確認の為に指差し呼称を用いた継続的改善に取り組み中です。
------------------------------------	---

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、改善を要する点）

優れている点・独自に取り組んでいる点：

- 法人の理念である「やまばと学園信条」の実践に努め、利用者一人ひとりが「快適・安心・安全・楽しく、アットホームに健康で満足して過ごせる」利用者本位の施設を確立するように、利用者の基本的人権を尊重し、その人間性を育むよう、安らぎとゆとりのある楽しい学園の運営に努めている。
- 「やまばと学園信条」を毎朝、職員全体で唱和し、利用者の人権尊重の理念の周知とさらなる深化をはかっている。
- 「利用者の人権侵害の防止に関する内規」を定め、利用者への身体拘束や虐待の発生を強く戒めている。学園のパンフレットにも明記し、利用者と家族に伝えている。
- ISO9001の認証を平成17年に取得し、平成23年に2回目の審査を更新し、計画されたマネジメントシステムを実行している。
- チャレンジシートを活用し、職員自身が能力の向上の自己評価をおこない、利用者に対するサービス改善に取り組んでいる。施設方針に、PDCA（計画、実行、評価、改善）で仕事をすすめることを定めている。目標面接チャレンジシートに、職員一人ひとりの能力向上のチャレンジ項目と実現のための方法・手段を明記し、半期ごとに管理者との面接でチャレンジ項目の内容と実績を評価し改善につなげている。計画の早期立案、毎月実行、毎月反省、毎月改善のPDCAサイクルを推進している。計画されたマネジメントシステムを効果的に組織が実行していることがうかがえ、個々の職員のPDCAを組織的に支援する取り組みが定着している。
- 5S活動を継続し、利用者が快適に過ごせるように環境整備に務めている。5S（整理、整頓、清掃、清潔、躰）の定期点検を年に2回実施し、清潔で快適な施設環境の維持に努め、平成23年7月に18回目の点検を二日間をかけて実施した。4段階の評価基準により点検表に評価結果を記録している。居室の窓ガラスの清掃、居室や休憩室のホコリの清掃、洗面所を清潔に保つことなどそれぞれの課題をきめて活動に取り組んでいる。5S活動を継続して行い、利用者に優しい生活環境の維持に努めている。
- 利用者の家族の意見・要望を積極的に取り入れ、利用者への適切な支援を心掛けている。利用者の日々の生活状況などを記述した支援サービス報告書を毎月、家族に手紙で送り、家族とのコミュニケーションの維持に努めている。支援サービス報告書には、個別支援計画の年間目標を明記し、前月の家族から寄せられた意見・要望を踏まえた支援の内容を記述している。手紙には返信用の意見・要望記述書を同封し、家族の返信をもらうことにしている。家族とのコミュニケーションの強化を図ることで、利用者が安心して快適な生活を送ることができるサービスの提供を実現している。
- 利用者の食事に関しては、食生活委員会を毎月開催し、利用者の好みを献立に反映し、利用者に安心しておいしく食べてもらえるよう工夫している。また、利用者の健康状態、好みなどに合わせた個食対応を行っている。
- 毎日入浴を基本とし、利用者の健康保持と衛生的な身体を第一目標に実施している。介助が必要な方、車椅子の方、持病のある方には、マンツーマンで見守り支援し、安全性の確保に努め、夕食前に入浴している。その他の利用者は夕食後に入浴できるようにし、ゆったりと余裕をもって入浴できるようにしている。
- インフルエンザなどの感染症や、水虫などの予防や治療は、施設全体で撲滅に向けて取り組んでいる。
- ボランティア活動は、地域住民などによる定期的な散歩支援、地元中学校の吹奏楽部訪問がある。また、納涼祭・運動会では、学園OB・OG、地元大学生、一般社会人、主婦など多くのボランティアの協力を得ている。
- 福祉サービス第三者評価を継続して受審し、今回が2回目の受審となる。第三者評価を定期的に受けることで、自己評価による日頃の見直しと共に、提供する福祉サービスの質の向上を目指した取り組みを展開している。

評価領域ごとの特記事項		
1	人権への配慮	<ul style="list-style-type: none"> ○「やまばと学園信条」や理念を施設のいろいろな場所に掲示して、朝の会議などで唱和し、常に職員が意識して働くことができるようにしている。 ○利用者の人権侵害の防止に関する内規を定め、身体拘束など利用者の人権侵害を禁止することを規定し職員に周知している。やむを得ない場合には、家族に事前に説明し、「行動制限に関する同意書」を頂く事になっているが、現在あてはまる事例はない。 ○個人情報保護法などに基づき、職員会議や各階会議で個人情報を適正に取り扱うよう周知している。また、法人の職員行動指針に、個人情報保護と管理を明記し職員に注意を喚起している。 ○利用者の障害特性に合わせ、排せつ、入浴介助を行い、一部介助が必要な時は同性介護を行っている。トイレ、浴室にはドアがあり、プライバシーが守られるようにしている。
2	利用者の意思・可能性を尊重した自立生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ○個別支援計画の策定にあたっては、ほとんどの利用者が思いを表現することが難しいため、日常生活の中で担当職員が利用者ニーズを把握し、家族や後見人に面接または電話で説明し、家族等の要望を確認し個別支援計画に反映している。また、意思が確認しにくい利用者には、家族に個別支援計画を提示し、利用者に代わって同意を得るようにしている。 ○個別支援計画は利用者の心身に配慮し、3ヶ月から6ヶ月毎に見直して、状況の変化により、随時ケース会議を開催している。 ○アセスメントや個別支援計画の作成時に利用者の障害特性を把握し、また家族の意向も聞き、リスクマネジメントマニュアルに基づき、常にリスクを回避するように課題を設定し、個別支援計画に反映している。 ○職員は利用者本人の好きなことや思いを日常生活の中で把握し、エンパワメントの視点で関わることを心掛けている。鍋敷きの制作やビーズ通し等興味のあることに配慮し、利用者が意欲的に作業ができるようにしている。
3	サービスマネジメントシステムの確立	<ul style="list-style-type: none"> ○生活環境の整備は、「作業手引書」に基づき行っている。また、5S活動を年2回行い、施設全体で環境整備に取り組んでいる。衛生管理面では、業者による定期的な点検・清掃を行っている。 ○苦情解決窓口として、法人内に苦情解決委員会を設置し、寄せられた要望・苦情は全て記録し全職員に周知している。要望や苦情は毎月、家族に「ご意向・ご要望書」を配布し、気楽に相談できるように配慮している。 ○感染症の対策は、毎年、内容を更新して職員に示している。今年度はインフルエンザやノロウイルス対策についてマニュアルを整備し、全職員に書面で周知している。また、11月から2月を施設内感染症予防強化月間として定め、感染症の予防に取り組んでいる。 ○救命救急は、マニュアルに基づき緊急対応ができるよう取り組んでいる。AEDはケアホームを含め7台設置し、吸引ノズル器は食堂と各フロアの記録コーナーに置いている。救命救急講習は今年度中に全支援員が受講を修了する。
4	地域との交流・連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ボランティア担当の支援員を2名置き、ボランティアの受け入れを行っている。ボランティアの活動は、散歩の支援、地元中学校の吹奏楽部の訪問、納涼祭や運動会の活動などがある。 ○納涼祭などの施設行事開催時には、地域の方々を積極的に招いている。毎年200人以上の地域の方の参加があり、施設を理解してもらい取り組みとして位置付けている。 ○地域の方への講習会や研修会は開催していないが、地域内の他施設の職員の研修受け入れを行っている。また、家族会に対して、救命救急講習Ⅰを開催して緊急時の対応を理解してもらい取り組みを実施している。福祉展などで利用者が作成した作品を展示、販売し、学園の紹介を行い、地域の方に障害者の福祉施設を理解してもらい取り組みを行っている。

<p>5</p>	<p>運営上の透明性の確保と継続性</p>	<p>○施設理念として、「やまばと学園信条」を定め、毎日、朝の申し送りや会議の冒頭で、全員で唱和している。信条に利用者の基本的な人権を尊重し、その人間性を育むことを掲げて、施設全体で重点的に取り組んでいる。</p> <p>○職員全員が、「目標面接チャレンジシート」を用いて、年2回、定期的に支援サービスの自己評価を実施している。職員は半期毎に、チャレンジシートに自己の能力向上に関するチャレンジ目標を設定している。管理者のアドバイスを受けながら、実績の評価と改善のPDCAサイクルを推進しており、チャレンジ目標を誤嚥事故対策や感染症予防などのサービス改善につなげている。</p> <p>○利用者への各種支援システム(基本的サービスの手引書)を定め、施設全体の取り組みとしてはISO9001や福祉サービス第三者評価を定期的に受審することで品質マネジメントシステムを作り、利用者支援システムとサービス管理システムが一体的に機能するよう、施設全体で取り組んでいる。</p>
<p>6</p>	<p>職員の資質向上促進</p>	<p>○施設内の職階制としては、職能資格等級制度を採用し、人材の職務遂行能力を6等級に分けて、個々の職員の位置づけの明確化と責任・権限の明確化を図っている。また、職務基準を明らかにし、組織が求める職員の遂行能力等を高めるようにしている。</p> <p>○職員育成の中核に目標面接チャレンジシートの活用を置き、人材の育成を図っている。職員全員に、半期毎の目標面接チャレンジを実施し、施設全体で自己評価に取り組み、自己の能力向上のチャレンジ目標を設定し、半期毎に目標達成の成果を管理者と本人が評価し次の改善目標を設定している。職員一人ひとりの能力向上の目標管理を組織的に支援している。</p> <p>○外部研修は、テーマに応じて参加者を決定している。研修参加後は、資料配布により、職員間の共有を図っている。内部研修では、「基本ルールとマナー」などの研修を実施し、基本的な面接技術を習得する機会としている。</p> <p>○実習担当職員を置き、専門学校や短大生、大学生の実習の受け入れを行っている。23年度は、13ヶ所の学校の受け入れを行っている。</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、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	達成率 100 %
	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	
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	達成率 100 %
	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	
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	達成率 100 %
	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		

3. 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)	第三者視点の確認点
<p>食事支援の取り組み</p>	<p>①利用者様が最も楽しみにしています。1日3回の食事が期待以上においしく、楽しい貴重な時間となるよう職員全員が心がけ精一杯実現できるよう努めています。</p> <p>②同時に利用者様の健康保持が大きな目標であり「食中毒を絶対に起こさない」という強い決意で食チェック、鮮度チェック、調理チェック、配膳チェックと共に栄養管理、衛生管理を徹底し職員全員が重大な責任感を持って食事提供にあたっています。</p> <p>③特に食材の仕入・選定は国産品を中心に使用しています。納入業者の協力を得て産地表示を義務付けて納入・受入検品にあたっています。また保管倉庫・流通過程の衛生管理、買付け・仕入先なども書面により報告確認をしております。</p> <p>④やまばと学園の栄養士・調理職員による食事の調理提供です。従って利用者様の健康状態、好みなどに合せた個食対応も十分に行っています。利用者様の嗜好による代替食、キザミ食、低カロリー食、糖尿食などに対応しています。</p> <p>⑤利用者様は月1回行われる「かながわかいぎ」で食べたいメニューなど申告することが出来ます。できるかぎりご要望の実現・提供ができるように努めています。</p> <p>⑥利用者様が食べられる10分前に職員による検食を毎食毎に行っています。そこで料理の味付け、盛り付け、量目、いどりなどのチェックをしています。栄養士が点検し、その後の調理に活かしています。</p> <p>⑦職員以外の実習生などからも食事に関する感想もいただいています。職員による検食と合わせて栄養士が点検し、その後の調理に活かしています。</p> <p>⑧毎月食生活委員会を開き、新メニュー開発報告、各階の衛生管理状況報告、栄養成分の報告、検食チェックの報告とともに意見交換を行い食事改善に取り組んでいます。</p> <p>⑨行事食も提供しています。毎月の誕生会食、納涼祭での屋台風食、運動会の弁当食、その他に作業班別の外食等も行い楽しい食事時間を過ごせるよう工夫しています。</p>	<p>①⑨利用者の食事に関しては食生活委員会を毎月開催し、利用者の好みを献立に反映し、利用者に安心しておいしく食べてもらえるよう工夫していること、また当月誕生日を迎える利用者を食堂に掲示し食事を楽しくする雰囲気作りを行い、また、施設の納涼祭などの行事食など、利用者の希望の食事を提供し楽しい食事を演出していることを、「食生活委員会議事録」などで確認した。</p> <p>②食事作りに携わる職員は、食中毒を絶対に出さないという強い決意で臨んでいること、毎日冷蔵庫の温度や食材の保存期限、牛乳や肉類の搬入時の温度や鮮度をチェックしていることを、「食チェック表」や「冷蔵庫温度チェック表」などで確認した。</p> <p>③食材の仕入れは国産品を中心にしていること、外注業者評価一覧表を作成し、毎年給食関係業者に関する品質、価格、対応の迅速性等をチェックし、満足度の評価を行い食事の質の向上を図っていることを、「外注業者評価一覧表」で確認した。</p> <p>④利用者毎の個別食事箋を作成し、刻み食や糖尿病食、低カロリー食等の食事を提供していること、現在、誤嚥防止のための刻み食対象は12名であること、また、個別支援計画書には、障害特性に応じ、食事提供の課題として、食事の量やカロリーの制限、塩分量などを明記していることを、「個別食事箋」などで確認した。</p> <p>⑤⑦毎月開催の「かながわ会議」では、利用者が好みの食材や食べたいものをリクエストしていること、利用者の要望にはできるだけ応えて献立をたて、リクエストの食事の実現が利用者の楽しい食事につながっていること、食事アンケートを実習生にも行っていることを、「かながわ会議録」や「アンケートのお願い記述事例」で確認した。</p> <p>⑥食事時間の前に職員による検食を実施していること、検食の結果を検食簿に記録し、栄養士が内容を確認し調理に活かしていること、検食では食事の量や鮮度、及び味付けや盛り付け等がチェックされていることを、「検食簿」で確認した。</p> <p>⑧毎月1回、食生活委員会を開催し、各階の衛生管理状況を確認していること、特に調理を担当する職員の健康状態や爪の伸びや指の消毒などを細かくチェックしていることを、「衛生管理表」や「食生活委員会議事録」で確認した。</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>排泄支援 の取り組み</p>	<p>①利用者様の排泄支援は、利用者様個人により異なり、それぞれに対応した個別の支援が大切と考えています。支援員はスムーズな排泄が利用者様の健康面及び精神面の安定に欠かせないと理解し、利用者様の特性をつかんで対応しています。</p> <p>②知的障害(重度の方多い)を持つ利用者様の排便支援は、出来る限りトイレ便器まで同行し支援するよう努めています。声かけや言葉・しぐさなどに注意しています。</p> <p>③排便に失敗した場合は、着衣を脱いでいただき、尻拭きタオルを使用し清潔にして新しい下着に着替えてもらい衛生的な生活が出来るように努めています。この場合も声かけ言葉・しぐさなどに注意しています。</p> <p>④利用者様のトイレ後の手洗いは、一人ではなかなか進まない状況です。職員が同行し手洗いを支援しています。辛抱強く手洗い支援を行い習慣づけに努めています。</p> <p>⑤利用者様には、昼夜ともにトイレへ定時で排泄誘導の支援を必要とされる方もいます。また、夜間のみオムツを着用したり、夜尿起こしをする方もいます。</p> <p>⑥すべての利用者様の排便状況を排便チェック表に記録しています。排便が滞っている方には適切な対応を行い排便の確認をしています。</p> <p>⑦利用者様にとり、排便は健康のバロメーターでもあります。それぞれの障害特性に合わせて十分対応し、健康な生活を過ごされるように努めています。</p> <p>⑧夜尿のある利用者様には必要に応じてオムツを着用されている方もいます。起床時に排泄状況を確認し必要に応じて報告しています。</p>	<p>①個別支援計画書及び生活介護計画書に、利用者の排泄状況に応じた支援内容を記述し、利用者・家族の同意のサインを得ていること、また、品質マニュアルに、利用者個々の障害特性に合わせたトイレ誘導等の排泄支援を行うことを明記し、職員に周知していることを、「個別支援計画書」や「品質マニュアル」などで確認した。</p> <p>②重度の障害者の排便支援は、できるだけトイレの便器を使用するように支援していること、歩行が困難でトイレに行けない利用者は、居室でポータブルトイレの使用を勧めていること、利用者の排泄状況をチェック表及び生活日誌に記録し、職員間の情報共有を図っていることを、「排便チェック表」などで確認した。</p> <p>③失禁等の介助に際しては、言葉のかけ方に注意し、利用者の自尊心を傷つけないように配慮していること、人権に関する研修を平成23年度は4月、8月に実施し、職員意識の徹底を図ったことを、聴き取りで確認した。</p> <p>④トイレ・洗面所の点検表を作成し、毎日8回3時間ごとにチェックしていること、トイレの流し忘れや便器の汚れ、トイレトペーパーの不足などをチェックし、トイレの衛生状況の確認をしていること、また利用者がトイレ使用後の手洗いが出来ないときは、職員が粘り強く支援していることを、「トイレ・洗面所の点検表」で確認した。</p> <p>⑤⑥排便チェック表を活用し、利用者の排泄パターンの把握に努め、そのパターンに配慮してトイレ誘導を行なっていること、毎月利用者ごとに排泄の状況の問題点や回数等を明記した生活支援サービス報告書を作成し、プランの見直しに反映していることを、「排便チェック表」や「生活支援サービス報告書」記述例で確認した。</p> <p>⑦利用者毎の排泄状況の記録等を生活日誌の記録としてPCに入力し、職員に出勤時の確認を義務付け、職員間の情報の共有を図っていることを、「生活支援サービス報告書」の記述で確認した。</p> <p>⑧夜尿があり夜間オムツをしている利用者には、トイレへの夜間誘導を心掛けていること、また、チェック表で便秘の利用者を把握し、状況に応じて看護師の判断で浣腸を使用したりしていることを、「排便チェック表」で確認した。</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>入浴支援の取り組み</p>	<p>①毎日入浴により利用者様の健康保持と衛生的な身体を第一目標に実施しています。利用者様は健康状態がゆるすかぎり、毎日入浴し、すがすがしく健康でお過ごしいただいています。同時に全て着替えて洗濯に出しサッパリしていただいています。</p> <p>②入浴前には必ず湯船の温度チェックを行い、適温を確認してから入浴を開始します。入浴担当支援員は温度チェック表にシールを貼りつけて確認の証にしています。</p> <p>③介助が必要な方、車椅子の方、持病の方には支援員がマンツーマンで見守り支援し安全性の確保に努めています。</p> <p>④脱衣室から湯船に入る前にお尻をお湯で洗い流し、清潔な状態で湯船に入るように誘導しています。常に湯船は清潔に努めています。入浴中は適温のお湯を流しっぱなしにしてあります。</p> <p>⑤支援員は利用者様が体の温まりぐあいを見て、利用者様の洗髪、洗体を行い衛生的にします。同時に利用者様の身体異変に気配りし発見に努めます。例えば打撲傷、擦り傷、かまれ傷、皮膚疾患、その他の発見を行います。発見後は必要な処置をとり、報告書にも記入し申し送りをしています。</p> <p>⑥入浴時間は介護を必要とされる方は夕食前に入浴し、比較的日常生活活動が出来る方は夕食後に分かれて入浴し、ゆったりと余裕を持って入浴ができるよう配慮しています。1日の疲れを十分に癒していただいています。</p> <p>⑦浴室には車椅子利用者様用椅子も用意し安全にゆったりと入浴が楽しめるようにしています。支援員も転倒などのないよう目配り・気配りを十分に行い支援しています。</p> <p>⑧車椅子の状態でシャワーミスト入浴が可能となる特別な入浴機器が23年11月に設置されます。</p>	<p>①毎日の入浴を基本とし、ゆったりと入浴できるよう、利用者の健康保持に努めていること、利用者の状態に合った方法で入浴介助を行うことを職員に周知していることを、「入浴支援マニュアル」で確認した。</p> <p>②入浴前にバイタルチェックを実施していること、体調不良時マニュアルに則り、必要に応じて検温や血圧を測定していること、支援員が当日の利用者の体調を観察し、入浴の可否を当日の入浴担当職員に伝えていること、浴槽の温度は39～40度に設定し、温度チェック表にシールを貼り注意を喚起していることを、「入浴支援マニュアル」や「体調不良時マニュアル」などで確認した。</p> <p>③車椅子の利用者など、介助が必要な利用者には職員がマンツーマンで付き添っていることを、聴き取りで確認した。</p> <p>④浴室内にトイレの設備があり、排便を済ませ、よく洗い、清潔な状態で浴槽に入ることを心掛けていることを、聴き取りで確認した。</p> <p>⑤入浴中の利用者の体に、打撲や擦り傷等の異常がないか、支援員が注意して観察していること、異常があれば事故報告書に記述し、原因の調査を行っていることを、「事故報告書」の事例で確認した。</p> <p>⑥入浴時間は、夕食前と夕食後に分けて利用者の希望する時間に入浴できること、同性介助により、入浴介助の必要な利用者は夕食前に入浴し、比較的自立して入浴可能な利用者は夕食後の時間にゆったりと入浴していることを、入浴時間グループ表などで確認した。</p> <p>⑦浴室に車椅子利用者用の椅子を置いて、利用者がゆったりと入浴できるように配慮していること、また、浴室内の転倒や床の滑りに注意し、浴室内の事故防止に努めていることを、「入浴支援マニュアル」や浴室の様子観察で確認した。</p> <p>⑧椅子に座ったままで入浴ができる設備を購入し、リクライニングチェアでゆったりと入浴できる設備が設置されていることを、浴室の様子観察で確認した。</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>健康管理 服薬管理 の取組み</p>	<p>< 健康管理について ></p> <p>①嘱託医師により年2回定期健康診断を行っています。また、年1回インフルエンザワクチンの接種も行い予防に努めています。</p> <p>②協力医師の往診により内科及び歯科、精神科、皮膚科の検診を行っています。内科、及び歯科は週1回の往診、精神科、耳鼻科は月1回の往診、皮膚科は2カ月に1回の往診を行っています。</p> <p>③毎月看護師による健康チェックを行っています。身長、体重、血圧、検尿と4つの部門のデータを記録し健康状態の推移を見守り健康状態を確認しています。</p> <p>④定期健診の際は支援員が第二医務室(処置室)まで付き添い、看護師に引継ぎ、スムーズに健診を進めています。</p> <p>⑤看護師は利用者様及び職員の健康管理も合せて行っております。また夜間及び休日、更に緊急時でも看護師と連絡を取り、適切な受診につなげています。</p> <p>⑥外来として受診する場合は看護師と連携をとりつつ、支援員が利用者様に同行して診察を受ける場合もあります。その結果を看護師・上司に報告し経過を見守ります。</p> <p>⑦上記の健康診断記録及び健康チェック始め各種データ管理は看護師が一手に担当し短期、長期の健康管理に役立っています。</p> <p>< 服薬管理について ></p> <p>①薬は鍵のかかる第一医務室で保管管理しています。</p> <p>②薬は支援員がわかりやすく、服薬ミス防止のため1回分ずつの分包にしています。</p> <p>③支援員は「服薬マニュアル」により利用者様に間違いなく完全に服薬していただくことが大切です。最終的に服薬し健康状態に回復していただく事が願いです。</p> <p>④服薬ミスは支援員の「服薬マニュアル」と利用者様の特性をよく理解した上で最後に服薬を確認する状態まで徹底していきます。服薬ミス0件を目指しています。</p>	<p>< 健康管理について ></p> <p>①年に2回定期健康診断を行い、生活習慣病や胸部レントゲン検査等を実施し、診察の結果を医療日誌に記録し、個別支援計画に反映していること、また、年1回インフルエンザワクチン接種を行っていること、個別支援計画に体重増加予防のためのカロリー制限など、利用者の健康維持の課題を明記し対策を講じていることを、「医療日誌」や「個別支援計画書」、さらに各科医師の来園予定表で確認した。</p> <p>②協力医師が定期的に往診し、利用者の診察を行っていること、内科及び歯科医師は毎週往診していること、また、精神科医が月に1回、皮膚科医は2ヶ月ごとに往診していること、往診の結果を個人別ケース記録や個人別のカードックスファイルに記録し、職員間の情報共有を図っていることを、「個人別ケース記録」や「カードックスファイル」などで確認した。</p> <p>③⑦看護師が利用者の健康管理を行っていること、個人別の健康チェック(体重・血圧:毎月1回、身長:年1回、検尿:年2回)の結果を生活支援サービス報告書にまとめて、利用者支援を実践していることを、「生活支援サービス報告書」で確認した。</p> <p>④定期健診の際は支援員が看護師に引継ぎ、健診がスムーズにいくようにしていることを、聴き取りで確認した。</p> <p>⑤夜間及び休日、更に緊急時でも看護師と連絡を取り、適切な受診につなげていることを、聴き取りで確認した。</p> <p>⑥利用者の外来受診については、看護師と相談して対応し、支援員が同行していることを、聴き取りで確認した。</p> <p>< 服薬管理について ></p> <p>①②③服薬支援動作マニュアルを整備し、服薬事故の防止に努めていること、マニュアルには服薬事故発生の経験を踏まえ、13段階の手順を明記し、職員に周知し、事故防止に努めていることを、「服薬支援動作マニュアル」で確認した。</p> <p>④平成22年度の服薬事故で最も多いのは、落葉等の飲み残しであることに注目し、服薬後の薬袋を回収し、薬の飲み残しをチェックしていることを、「服薬支援動作マニュアル」で確認した。</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>日中活動 支援の取 り組み</p>	<p><日中活動について></p> <p>①平日の月曜日～金曜日の午前・午後は作業日課です。</p> <p>②日課の変更に弱く構造化をはかる必要がある方が多い「うぐいす班」及び作業が生産活動との意識をもたれている方の多い「かもめ班」は、午前・午後ともにその作業班で活動しています。</p> <p>③午前中のみ「園内運動班」「園外運動班」でラジオ体操・ダンベル体操・テラス散歩や外散歩などそれぞれの身体適性にみあった運動で健康の維持や増進をしようという班もあります。</p> <p>④利用者様のご要望や個性に合わせて班別作業を行っています。</p> <p>⑤午後は「ホビータ임」という名称で、利用者様の個性や興味に応じたプログラムが各階で検討され、散歩やビーズでの作品づくりなど特色ある取り組みをしています。</p> <p><外出について></p> <p>①外出は、作業班別外出と個人外出があります。</p> <p>②作業班グループで行く外出は、学園の行事で、利用者様と職員で行く「作業班外出」と保護者様も参加される「食事会外出」で、年間各2回行われています。</p> <p>③個人外出は、基本的には利用者様のご要望で計画しています。理髪や食事・おやつ外出、買物が多いようです。御本人様が直接お話ができなくても、御本人様の状態を察知して、職員が代弁者となり保護者様と相談して計画を立てることもあります。</p> <p>④利用者様と保護者様との外出やご希望で職員も同行しての外出など、ご希望に応じて職員も協力させていただいています。</p>	<p><日中活動について></p> <p>①②④日中活動は、障害程度や自閉性傾向等に配慮し、また、利用者の希望を尊重し、6つの班に編成していること、それぞれの班の特徴を活かし、空き缶つぶしやビーズ玉作業、学園の農園作業など利用者の個性とペースを尊重した作業支援を行っていること、自閉性の強い利用者には作業室の仕切りに配慮し、安心して作業ができるようにしていることを、聴き取りや訪問調査当日の様子観察で確認した。</p> <p>③個別支援計画書及び生活介護計画書を策定し、体力維持のための散歩や歩行訓練を行うことなど、日中活動の個別課題を具体的に明記していること、個別支援計画書は半期ごとに成果を評価し、半期支援記録に記録し、また、家族と面談して内容を確認し、計画の見直しに反映していることを、「個別支援計画書」や「生活介護計画書」などで確認した。</p> <p>⑤午後はホビータ임という名称で、利用者の希望に配慮し、ビーズ作品作りなど個別のプログラムを設定していること、また、各種のレクリエーションや行事及び外出等の日中活動を支援していること、班ごとにバイキングの食事会やドライブを設定したりしていること、納涼祭や運動会、クリスマス会などボランティアの人たちも参加し、利用者や家族と職員が一緒になり、行事の準備から実行までを楽しんでいることを、「行事、外出記録」などで確認した。</p> <p><外出について></p> <p>①②外出は作業班ごとに企画し、年4回の外出を楽しんでいること、平成23年2月の食事会では、6つの班がそれぞれ家族同伴で希望のレストランに外出し、ハンバーグやステーキ、寿司などの食事を楽しんでいることを、「広報誌」で確認した。</p> <p>①③④個人外出は、利用者本人や家族の希望により、理美容や食事、買い物などの外出を行っていること、事前に計画し当日の日程を定め、書店やレストランに職員が同行して外出していることを、「外出計画書」で確認した。</p>

4. 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23年11月 1日 ～ 平成23年11月30日
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 56通 : 返送通数 33通 回収率 58.9%

（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3%で、本人以外が97%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21%、「全体的に満足である」が48%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」が76%で最も高い回答となっており、次いで「落ち着きが出てきた」が42%となっている。
- 自由意見では、良い点:20件、努力を期待したい点:14件、その他意見:8件の計42件の意見が寄せられた。
- 良い点の自由意見では、外出の支援、季節ごとの行事・イベントの企画、日常生活(入浴・食事)の満足などが挙げられていた。

5. 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 ～

服薬ミスの減少に対する取り組み

取り組み期間

H23年4月～11月

PDCA	取り組みの概略
「P」 目標と 実践計画	施設では、利用者の安心・安全な生活を目指し支援している。中でも事故撲滅は大きな課題として取り組んでいる。しかし、事故そのものは撲滅できていない現状がある。このうち服薬ミスは21年度33件、22年度27件であり前回テーマとした事故撲滅には至っていない。そこで、2回目の受審にあたり「服薬ミスの減少」に課題を絞り職員が一丸となって取り組む目標を立てた。服薬ミス発生の要因は、服薬ミス27件の分析の結果、①落薬11件、②飲み忘れ6件、③準備ミス6件、④誤与薬4件であった。長期目標も短期目標も「事故件数の限りなく0に近い数値目標」に設定し活動を行った。
「D」 計画の実践	4点の課題解決に向けて次の対策を実施した。①落薬は利用者が吐き出ししたりしているケースが多いことが分かり、職員が注意して服薬の状況を確認することにした。また、薬の入った袋に氏名を記入し服薬後集めて確認することにした。②個人別与薬表を作成し、朝、昼、夕、就寝前のそれぞれの時間ごとに薬をセットし、服薬時のチェックミスを防止した。③薬箱を解り易くして他の人と間違えないよう準備ミス予防を行った。④風邪薬などを解り易くして誤与薬防止を行った。4月の職員会議で服薬ミス0を目指すことを決定し、フロア会議で全職員に周知した。
「C」 実践の評価 結果	平成23年度上期は計画どおりに服薬事故減少の活動を実施した。その結果上期の服薬事故に関する事故報告書の件数は12件であった。平成22年度上期の事故件数は15件であり、3件減少しているが、引き続き目標の服薬ミス0へ向けて、取り組んだ。対策として服薬マニュアルの改善の必要性が指摘された。また、一人ひとりの障害特性に配慮した個別対応マニュアルの作成は今後の課題となった。
「A」 結果をふま えての改定 計画	事故発生事例を参考にして、服薬マニュアルの改訂を行った。13項目の服薬手順を盛り込み、服薬支援動作マニュアルとして、10月の職員会議で内容を確認し、フロア会議で全職員への周知を図った。個別対応マニュアル作成については継続課題とした。

<第三者評価コメント>

服薬ミスの減少に対する取り組みを、継続した施設全体のテーマとしている。計画を実践し、事故報告書の件数は減ってはいるが、目標とする「事故件数0」には至っていない。実践の評価結果から、服薬マニュアルの改善を図り、今後は一人ひとりの障害特性に配慮した個別対応マニュアルを作成する予定である。「事故件数0」に向けて、取り組みを継続することを期待する。