

# 福祉サービス第三者評価結果 ( グレード1 )

事業所名 三浦しらとり園

発効:平成28年10月1日(平成31年9月30日まで有効)

公益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	ミウラシラトリエン
事業所名 (正式名称を記載)	三浦しらとり園
事業所種別	施設入所支援、生活介護、自立訓練、短期入所
事業所住所最寄駅	〒239-0842 横須賀市長沢 4-13-1 京急久里浜線京急長沢駅
事業所電話番号	046-848-5255
事業所 FAX 番号	046-848-5258
事業所代表者名	施設長 加藤 芳明
法人名及び 法人代表者名	社会福祉法人清和会 理事長 浅井 一志
URL	
E-mail	miura.shiratorien@utopia.ocn.ne.jp
問合せ対応時間	8時30分 から 17時30分まで

事業所の概要 1

開設年月日	昭和38年1月16日 県立長沢学園として開設 昭和58年4月1日 県立三浦しらとり園として再整備・開設
定員数	140名
都市計画法上の用途 地域	第1種住居地域
建物構造	鉄筋コンクリート造り2階建て
面積	敷地面積(23,236.1)㎡ 延床面積(8,728.33)㎡
居室あたり の人数 (入所施設のみ)	個室(32)室/二人部屋( )室/三人部屋( )室/四人部屋32室 但し、間仕切りにより改修をおこなったところがあり、三人部屋1室 二人部屋1室、個室49室が追加されている。

事業所の概要 2 (職員の概要)

総職員数	123名 (平成27年10月現在) ※児童施設職員を除く
次の職種に該当する 職員数	施設長 (常勤 1名) サービス管理責任者 (常勤 名・常勤以外 名) 医師 (常勤 名・常勤以外 名) 看護職員 (常勤 名・常勤以外 名) 生活支援員 (常勤 107名・常勤以外 5名) 理学療法士 (常勤 1名・常勤以外 名) 作業療法士 (常勤 名・常勤以外 名) 栄養士 (常勤 2名・常勤以外 名) その他 事務員6名(常勤 名・常勤以外 名) 運転員1名(常勤 名・常勤以外 名)
事業所PR	神奈川県立の障害児・者複合施設で社会福祉法人清和会が指定管理を受けて運営しています。体育館やプール、グラウンド等の設備面も充実。地域の拠点施設として、他の民間施設で対応が困難な行動障害や医療ケアを要する方を中心に入所支援をしています。 診療所を併設し、医師・歯科医師・看護師等が常駐しているほか、心理や行動障害の専門スタッフ・PTや管理栄養士らとチームケアを行い、またショートステイや相談支援事業など、在宅の方々への支援も行っています。 さらに、地域の障害福祉関係人材の育成のための研修や地域住民・関係機関を対象とした公開講座などの啓発事業も行っています。

## 公益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）

##### 施設の概要：

三浦しらとり園は、京浜急行長沢駅から徒歩10分の三浦半島の海と山に囲まれた豊かな自然の中にある。評価対象事業は、知的障害者入所（定員88名）、生活介護（定員95名）、短期入所（定員24名）、自立訓練（定員6名）である。昭和38年に神奈川県立知的障害児施設長沢学園として開設し、昭和58年に成人の入所・通所部門を加えて三浦しらとり園として運営を開始した。平成23年4月に指定管理制度に移行し、社会福祉法人清和会が指定管理者として施設運営にあたっている。平成27年3月末の入所者数は、知的障害者83名（平均48歳）である。近年入所者の高齢化が進み、60歳代9名、70歳代3名が入所している。

重度・重複障害者を積極的に受け入れており、入所障害者の82%が障害支援区分6で5以上の重度障害者は入所者全体の99%を占めている。施設内に診療所を併設し医療的ケアが必要な利用者への医療環境を整備している。また、短期入所事業に取り組み利用者及び家族の地域生活支援に取り組んでいる。

##### 優れている点：

##### ①身体拘束や虐待の防止等、利用者の人権擁護に努めている。

「利用者虐待防止ハンドブック」を全職員に配付し、虐待の芽は日常や支援の場に多く潜んでいることを明記し、虐待を起ささないためにどうすれば良いかを全職員に周知している。20項目の虐待の兆候に気づくためのチェックリストを用いて職員の人権擁護の意識の徹底を図っている。年間運営計画の平成26年度重点課題に、利用者の人権擁護、虐待防止への取組の推進を明記し、施設の人権パンフレット「生きているっていいな」に基づき人権擁護に取り組むことを謳っている。人権委員会を立ち上げ、隔月に委員会を開催し、人権アンケートの実施や「職員の言葉遣い及び態度マニュアル」「身体拘束ゼロマニュアル」等の見直しを実施している。平成26年度より園の身体拘束ゼロに向けた進行管理を人権委員会で行っている。利用者の行動特性を理解し、自閉症、強度行動障害の理解を深めることで身体拘束防止に向けた職員の意識の強化を図っている。

##### ②利用者一人ひとりのストレングスに視点を置き、本人主体の個別支援計画を策定している。

「個別支援計画作成及び運用マニュアル」を作成し、利用者の豊かな人生を支えるための個別支援計画であることを明記し、作成を職員に周知している。アセスメントで利用者の希望する生活を把握し、できない事に着目するのではなく、利用者が本来持っている能力やストレングス（強み）に視点を置いて支援計画を策定している。個別支援計画の課題に沿って最長6ヶ月（自立訓練は3ヶ月）ごとにモニタリングを実施し、サービス支援の実績を評価している。モニタリング票に利用者の変化の状況や満足度、目標の達成度を明記し、支援の継続の有無と今後の方向性を明記し個別支援計画の見直しに反映している。立ち上がるとすぐ転倒してしまい歩行は無理だとされた利用者が、職員の見守りの中で転倒事故もなく手摺につかまって歩けるようになった事例がある。職員は本人のやる気を伸ばす支援を行っている。

##### ③施設内に診療所を開設し、重度の障害者がいつでも診てもらえる安心できる環境を備えている。

湘南病院と連携し施設内に診療所を開いている。診療所は内科、外科、精神科、耳鼻科、脳神経外科、婦人科、歯科である。また、理学療法士を配置しリハビリテーション体制を整備している。随時入院も可能で平成26年度は入院した利用者36名中35名は湘南病院が受け入れている。平成26年度の診療所の利用実績は、内科等診療が3,323件、歯科診療1,658件の合計4,981件である。診療所と施設間の情報共有を図っている。既往症や入院歴、アレルギー、発作の状況等を明記した健康カードを作成し、受診や入院時の正確な情報伝達を図っている。また、利用者の日常生活のバイタル情報等を記録した健康チェック表を受診時医師に示している。医師は診察の結果を診療連絡簿に記入し本人や担当職員に指示している。

**④利用者が楽しく安心して食事ができるように、食形態を工夫している。**

7種類の食形態で食事を提供している。普通食、一口大、きざみ、超きざみ、超きざみソフト、ミキサー、ソフトの各形態である。また、医師の指示により普通食、低脂肪食、減塩食、糖尿病食、低エネルギー食、アレルギー食を提供している。昨年7月に食感を大切にしたい食事を利用者を楽しんでもらうために、超きざみソフト食を考案し提供している。歯科医や管理栄養士等で摂食嚥下チームを編成し、毎月寮の摂食状況を確認し食形態が適切であるかをチェックしている。

栄養ケアマネジメントを実施している。嚥下チームの巡回の結果を反映し利用者一人ひとりの栄養ケア計画を作成している。特に利用者の高齢化による栄養摂取や嚥下の状態の機能低下に配慮している。3ヶ月ごとにモニタリングを行い、個々の利用者の栄養ケアの結果を評価し改善につなげている。

**⑤強度行動障害者や支援困難事例への利用者支援に努めている。**

設立当初より重度の行動障害者等を積極的に受け入れている。平成26年度は、神奈川県強度行動障害対策生活支援事業対象者3名と三浦しらとり園独自の要綱により支援が必要と認められた準支援事業対象者4名を受け入れている。その他個別課題の7名の相談に応じている。強度行動障害児・者が自立した日常生活、又は社会生活を営むことを支援の目的としている。三浦しらとり園が中心となり横須賀、三浦地域の障害特性に関する知識と支援技術の向上を目的に強度行動障害に関する公開講座を実施している。平成26年度は5回の公開講座に延べ487名が受講している。また、他施設及び学校、関係機関からの行動障害に関する相談を受けて、専門的支援・助言を行い、平成26年度は延べ128回の個別支援会議を行い、また、135回のカンファレンスを開催し強度行動障害への対応に努めている。

**改善を要する点：**

**① 不法行為発生時の対処方法の仕組みの整備が期待される。**

職員による不法行為が発生した場合は、就業規則に則り、課長会議などで対応する事になる。しかし、具体的な対処方法などについて定めた文書が無く、明文化に向け検討中である。具体的な仕組み整備が期待される。

**②自己評価の結果の家族への開示が期待される。**

平成19、24年の第三者評価の結果は家族に開示している。園内で独自に実施している自己評価の結果についても家族に開示し、家族の意見・要望の把握に努めサービス改善につなげる仕組みが期待される。

**評価領域ごとの特記事項**

1	人権への配慮	<p>①人権尊重について「三浦しらとり園行動指針」に明文化し、また、人権マニュアル「生きているっていいな 福祉から権利へ～共に生きる～」 「身体拘束ゼロマニュアル」を人権委員会が作成し、周知と振り返りを行い常に注意喚起を行っている。特に、身体拘束ゼロに向け、身体拘束の必要性を定期的に見直し、無くすことが困難な場合でも拘束時間の短縮に努めている。強度行動障害の方への支援など、本人の特徴と動きを捉え、無理強いしない支援をしている。</p> <p>②「支援者のための利用者虐待防止ハンドブック」を全職員に配布し、適正な支援に努めている。また、年に1回人権の尊重も含めた業務全般にわたる「職員アンケート」による自己評価を行い、各職員が自己の振り返りを行っている。その内容を人権委員会が集計し、運営会議を通じて各寮に伝達され、必要に応じて寮ごとに研修を行っている。職員による不法行為が発生した場合は、就業規則に則り、課長会議などで対応する事になるが、具体的な対処方法は定めてなく、明文化に向け検討中である。</p> <p>③昭和58年施設建設当時の4人部屋をプラスチック板やカーテン等で仕切るなど、出来る限り個室化するなど、プライバシーに配慮した環境設定に努めている。ほとんどの利用者が、排泄や入浴の介助を必要としており、同性介助にて対応している。カーテンやドアに、入浴中である旨の札を下げるなど、プライバシー確保の工夫をしている。</p> <p>④「個人情報保護規程」を定め、利用者が理解できるかどうかに関係無く、他者の前で個人情報を話題にすることは禁じられている。手紙、電話などの通信については特に制限をしていない。殆どの利用者は読み書きに限界があり、市役所など地方公共団体からの郵便物は、家族了解のもと、制度利用支援とし</p>
---	--------	--

		<p>て職員が開封し内容を確認している。</p>
<p>2</p>	<p>利用者の意思・可能性を尊重した自立生活支援</p>	<p>①言語での表出困難な利用者が多いため、職員間で連携を取りながら利用者の思いを捉える工夫をしている。また、オンブズパーソンとの「話そう会」や常勤の心理担当職員との面接、家族・後見人からの情報も活用している。利用者が求める情報について、必要に応じてインターネットや情報誌等を利用し、情報の提供を行っている。</p> <p>②本人への動機付けは、言葉では困難な方が多く、自閉的傾向の障害特性を捉え、写真カードや文字カードを工夫し、日課が分かるように支援するなど工夫している。帰宅時の栄養管理など、栄養士が家族と面談し、具体的な食事内容を聞き取り助言するなど、栄養管理の必要性を伝え理解を仰ぐなど工夫している。</p> <p>③「ストレングスの視点」を基に支援を行っている。細かなことであっても、障害特性による行動をマイナス面として受け止めずに、むしろ強みとして受け止めるようにしている。皆と一緒にいる事が嫌で自ら部屋に入ってしまう事など強みとして捉え、自由な時間を増やし、見守り方法を工夫するなど積み重ねている。</p> <p>④個別支援計画の策定・見直しは、各利用者の誕生日とその半年後の年に2回行っている。支援状況のモニタリングを基に担当支援員が看護師や栄養士、日中活動支援員などからの情報を加味し原案を作成、栄養士や寮長などとカンファレンスを持ち個別支援計画を作成し実施している。嚥下機能が低下し体力維持が課題の利用者など、健康やADL面の課題を捉え個別支援計画に反映し、本人・家族の同意を得ている。</p>
<p>3</p>	<p>サービスマネジメントシステムの確立</p>	<p>①生活支援部長が苦情受付担当者となり、苦情解決責任者の施設長と協議を行い「苦情解決規程」に基づき対応している。苦情等の受け付けは、本館玄関・各寮玄関付近3ヵ所に設置してある「声のポスト」ほか、課長、寮長、担当者等でも受け付け、回答は意見と共に本館掲示板に掲示し、2ヶ月毎に開催されている家族会でも報告している。また、法人として3名の第三者委員を設置し、加えてオンブズパーソンが来園し年5回利用者が参加して「話そう会」を開催し、利用者との交流の中で話し合いの場を提供している。</p> <p>②「リスクマネジメント実施要綱」「事故及びインシデントレポート(ひやりはっと報告書)事務処理要綱」に基づいた支援を行っている。利用者にとってよりよい生活を営めるように、個別支援計画作成時にはアセスメントシートにて、利用者個々のリスクを把握している。また、リスクを回避するために身体拘束をせざるを得ない利用者については個別支援計画にてその旨を記載し家族の同意を得ている。昨年度は、インシデントレポート(ひやりはっと報告書)が1,574件、事故報告書が68件提出された。急な立ち上がりによる転倒・打撲事故等の利用者に対し、状況把握を行い再発防止を行っている。</p> <p>③診療所の運営を湘南病院に委託し、医師常駐のもとで受診・定期検診(歯科、内科、耳鼻科、乳がん、眼科等)を実施しており、夜間や休日も看護師が勤務している。また、緊急対応や入院などにおいても湘南病院と連携し対応している。日々の健康記録及び医療機関との情報交換、管理栄養士・理学療法士とのカンファレンスを行い、アセスメント表の記録を基に個別支援計画を作成している。身体機能に低下が見られた場合は、理学療法士と状況の確認を行い、その利用者に適したリハビリプランを提供している。誤嚥がある利用者も多く、歯科医師、管理栄養士、理学療法士、支援員など関係者による検討にて食事形態の工夫など行っている。</p>
<p>4</p>	<p>地域との交流・連携</p>	<p>①毎年1回実施している「しらとり祭」に、近隣の方々の参加を呼びかけている。近隣の地域の方々や近隣の施設の方々が毎年600人ほど参加している。地域の作業所を多数招き作品販売の場所を提供し、近隣の中学校の吹奏楽部やダンス、近隣の短大のダンスや太鼓のグループに出し物を披露してもらって</p>

		<p>いる。また近隣の少年クラブ団体・障害者団体への屋外プールや体育館等の貸出を行っている。グラウンドを提供するなど、地域住民に対し福祉の理解を深める取り組みを行っている。</p> <p>②縫製活動、日中活動(手工芸、ダンス、陶芸など)、外出支援、環境整備、余暇、行事のお手伝いなど、年間 1,000 人を越えるボランティアを受け入れている。コーディネーターを配置し、受け入れマニュアルを整備している。受け入れはしおりに基づき説明を行い、希望の内容に配慮している。活動内容に応じて担当者を決めて実施している。年に1度ボランティア懇談会を開催し、活動に対する意見・要望を聞いている。</p> <p>③研修・広報委員会等を中心に障害児・者に関する知識や考え方等、理解促進の働きかけの一つとして年 9 回公開講座を実施している。研修内容により、50 人から 400 人ほどが参加している。主に近隣の障がい者施設の職員が多いが、近隣の方々や家族の方も参加している。家族会や他施設にチラシを郵送するほか、園のホームページに掲載して知らせている。</p>
5	<p><b>運営上の透明性の確保と継続性</b></p>	<p>①ホームページに年間運営計画と事業報告を掲載し、施設運営の状況を詳細に開示している。事業報告は、年間運営計画に沿った事業の内容を数値データを用いて詳細に記述したものである。また、理念や施設運営の考え方を明記し、サービスの種類、支援内容、各種施設の行事や日中活動についてホームページに掲載し運営の透明性を図っている。</p> <p>②年1回 8 月に全職員を対象に人権の尊重、サービスシステム、地域、経営、人材育成、日常生活支援に関して自己評価アンケートを実施している。人権委員会が集計し、結果にコメントをつけて職員にフィードバックしている。各セッション及び寮会議で振り返りを行ない、今後の支援向上の一助にしている。平成 19、24 年に第三者評価を受審し客観的な評価を受けている。</p>
6	<p><b>職員の資質向上促進</b></p>	<p>①高齢者支援、人権擁護、障がい種別のトレーニングなど、多岐に渡って外部の研修を受講している。平成 26 年度は 44 回の外部研修に延べ 147 人が受講している。参加受講後は復命書を作成し、研修の内容及び所感を報告し、必要に応じて伝達研修を行っている。復命書はパソコンに書き込み職員間の情報共有を図っている。</p> <p>②内部研修は、職員及び家族、近隣事業所に向けた自閉症、強度行動障害、心理分野の公開講座を開催するほか、大学の教授を招いた事例研究、虐待防止、防災、救急法などの研修を開催している。また、平成 27 年度から組織のマネジメント、人材育成の力の向上を図るためリーダー研修(課長研修)を開始している。また、医療実務研修として、ハイムリック法、吸引ノズルの使用法などを実施している。平成 26 年度は 40 回の各種内部研修を実施し、参加者は公開講座を含めて延べ 1,178 人に及んでいる。</p> <p>③新任研修では、採用時に基本理念、基本方針を始め、障害者の理解から医療ケアに至る 2 日間 16 コマの研修を実施している。月 2 回の寮会議を開催しており、その中で、理念を確認しながら、「季節に合った衣類を着せているか」など支援の確認を行っている。職員は、「職員行動指針」をいつでも振り返ることができるよう、ネームプレートの裏に、入れて携帯している。</p> <p>④当施設では、毎年多くの実習生を受け入れている。平成 26 年度は、23 校の保育士養成機関と 2 校の社会福祉士養成機関より 41 名を受け入れた。実習生指導担当職員を配置し、実習生受け入れマニュアルを整備し、また、基本理念、基本方針や実習の心得などを記載した実習生の手引きを配付している。</p>

2. 基本的サービス評価

～ 評価機関が定めた評価項目に添って、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	95%
	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	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	98%
	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)	第三者評価での確認点
<p>食事支援の取り組み</p>	<p>当園の食事は、主食は米飯・粥・粒粥ゼリー・粥ゼリーの4種、副食は普通食・一口大食・きざみ食・超きざみ食・超きざみソフト食・ミキサー食・ソフト食の7種で、利用者個々の摂食嚥下状態に合わせて提供しています。また、医師の指示による療養食(減塩食・低脂肪食・糖尿食)やアレルギー食、利用者の特性に合わせた嗜好等への個人対応も行っています。</p> <p>食事形態や食事支援については、歯科医師、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士から構成される摂食嚥下チームによる各寮月1回程度の昼食時の巡回と、月1回チーム会議を開催し、利用者を多方面から評価することで、個々の利用者に合わせた支援につなげる試みを行っています。</p> <p>普段の食事以外では、季節に合わせた行事食や、選択食、お誕生日リクエストメニュー、バイキングなど、楽しみの持てる食事の機会を設けています。また、利用者からの聞き取りやアンケートを実施し、献立に反映させています。また、家族の試食会(特別食も含めて)を年1回開催しています。</p>	<p>①「食事マニュアル」を整備し、食事支援の内容や誤嚥防止等職員が留意すべき事項を明記し年度ごとに見直しを行っている。マニュアルに粥、刻み、ミキサーによるすりつぶし食等の盛りつけや彩り、食感に配慮し、おいしく食べてもらえるかを確認し提供することを明記している。また、粥は職員が直接手の甲にとり適温を確認する等利用者に配慮することを明記している。以上をヒアリングと「食事マニュアル」で確認した。</p> <p>②刻み食やソフト食など利用者の身体状況に合わせて、7種類の食形態での食事支援を行っている。食感を大切に食事を楽しんでもらうために、施設独自に「超刻みソフト食」を考案している。また、減塩食、糖尿病食、アレルギー食、納豆禁止等必要な利用者の個々の食事条件を明記した「食札」を作成し、適切な食事支援と事故防止に努めている。「寮支援マニュアル」に利用者一人ひとりの誤嚥性障害等食事に関する留意事項を明記し、個別のリスクマネジメントを行っている。以上をヒアリングとマニュアルの記述等で確認した。</p> <p>③歯科医、歯科衛生士、理学療法士、及び管理栄養士をメンバーとする「摂食嚥下チーム」を編成し、週2回昼食時に各寮を巡回し利用者の食事の状況の把握に努めている。摂食や口腔ケア、食事姿勢、栄養ケアの観点で月1回検討会を開催し、寮ごとの利用者の食事の記録をもとに利用者の食事の状況を振り返り、安全性の確認を行っている。以上をヒアリングと「平成26年度事業報告」等で確認した。</p> <p>④利用者全員を対象にした栄養ケアマネジメントを実施している。管理栄養士が中心となり栄養ケア計画をたて個別支援計画に反映している。3ヶ月ごとにモニタリングを行い個別支援計画の達成状況を評価している。高齢化に伴う支援の配慮点等をカンファレンスで話し合い、利用者一人ひとりの栄養改善を図っている。以上をヒアリングと「個別支援計画」の記述で確認した。</p> <p>⑤クリスマス会等季節ごとの行事食を提供している。利用者に嗜好アンケートを実施し、月2回の選択食を実施している。また、利用者家族を対象に試食会を開催し食事への要望や意見の把握に努め、温冷配膳車を整備し、おいしい食事の提供に努めている。以上をヒアリングとアンケートの記述で確認した。</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
排泄支援の取り組み	<p>利用者の動きやしぐさから尿意等を汲み取っての誘導や、不明の利用者については起床・食事前後等の定時誘導を行っています。トイレットペーパーは便器に詰め込んでしまうなどの特性がある利用者があり、トイレには設置が難しく、別室での保管になっていますが、利用者がトイレに行く際には付き添い即時対応できるようにしています。</p> <p>プライバシー保護の為、個室スペース、カーテンを設置しています。しかし、障害特性上壊してしまうなど危険を伴う利用者が在籍している寮は危険のない範囲での設置となっています。</p> <p>各利用者の排便状況を把握し、緩下剤使用者は毎朝診療所に排便状況を伝え、緩下剤等の措置、受診を行っています。個々の状態に応じた排泄支援及びオムツの対応、業者のオムツコンシェルジュによるオムツの機能紹介及び適切な使用方法の研修も行っています。</p>	<p>①「排泄支援マニュアル」を整備し、毎年定期的に見直しを行っている。マニュアルに自立的な能力を最大限尊重した支援を行うことやプライバシーの尊重等、5項目の排泄支援に求められる職員の姿勢を明記している。また、個々の利用者特性に応じて寮ごとに支援マニュアルを作成している。排泄に関する施設内研修を実施し、排泄支援の職員への周知を図っている。平成27年度は7月11日に「オムツ実践講習会」を実施している。以上をヒアリングとマニュアルの記述、「平成26年度事業報告書」で確認した。</p> <p>②利用者ごとの「排便表」に毎日の排便の状況を記録している。排便表に個別支援計画に沿って排便確認を行うこと等を明記し、月2回の寮会議で利用者状況について職員間の情報共有を図っている。起床時や食事の前後など利用者ごとに所定の時間にトイレ誘導を行っている。ポータブルトイレの利用者が3名いて、夜間は、就寝時及び0時と3時に職員が巡回し排泄支援を行っている。以上をヒアリングと「排便表」の記述で確認した。</p> <p>③「排泄支援マニュアル」にプライバシー保護について明記している。排泄支援は同性介助を前提とし、トイレ使用時の声の大きさなどの配慮等について明記している。利用者のADLの状況に応じトイレ使用時に職員が付き添い、ドアを開いたままにしないように注意している。以上をヒアリングとマニュアル記述で確認した。</p> <p>④「寮支援マニュアル」に個々の利用者の排泄状況と注意点、排便時の職員の対応について明記している。利用者ごとの障害状況に応じた排泄介助や夜間のオムツの使用、便秘のチェックや排便薬の使用、ポータブルトイレ使用時に注意すべきことなど、一人ひとりの排便支援の内容を詳細に記述している。行動障害でトイレットペーパーへのこだわりのある利用者への配慮をしている。月2回の寮会議で支援の結果を振り返り、必要に応じて支援内容の見直しを行っている。以上をヒアリングとマニュアルの記述で確認した。</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>「入浴支援については「入浴支援マニュアル」に則り、必ず複数職員で対応し、事故・ヒヤリハットに対して意識を持ちながら取り組んでいます。入浴当日の利用者の健康状態を見ながら判断し実施しています。ハード面の制約から入浴は週に3～4回の実施となり、一般入浴を行う利用者と、機械(リフト昇降機使用)により入浴をされる利用者もいます。</p> <p>重度高齢化に伴い、夜間入浴のリスクが高まり、園内診療所の開いている時間帯での実施に移り変わってきています。また、寮での対応は異なりますが、入浴日以外に足拭きや清拭を実施し、利用者から希望があった際にはシャワー浴を行っています(肌の弱い方には自己負担とはなりますが希望に応じて低刺激の石鹸などの購入をしています)。</p> <p>なお、毎日入浴が可能となるように、各寮にあるシャワー室の一部を簡易浴槽に改修しています。</p>	<p>①「入浴支援マニュアル」を作成している。マニュアルに入浴の準備、入浴の仕方、プライバシー保護等について説明し、また、入浴は同性介助を前提とし、特に事故防止の観点でインシデントレポートの分析結果による「リスクの視点」を明記し、入浴場面の「転倒・転落」の発生事例を記載するなど入浴事故防止の注意を喚起している。マニュアルは「三浦しらとり園支援業務マニュアル指針」に則り、毎年定期的に見直しを行っている。以上をヒアリングとマニュアルで確認した。</p> <p>②入浴は全寮共有の一般浴、リフト昇降機付きの機械浴があり、週3回、曜日を決めて入浴している。その他に寮内に個別の簡易浴槽があり、希望すれば毎日でも入浴できる環境を整えている。一般浴は掘り下げ型の大浴槽、ユニット型小浴槽があり、利用者の希望を聞いてどちらを使用するかを決めている。また、現在4名の利用者が機械浴を利用している。以上をヒアリングとマニュアルの記述及び浴室の観察で確認した。</p> <p>③「個別支援計画」の利用者支援の課題に沿って、「寮支援マニュアル」に利用者ごとの入浴時の留意点を明記している。自立、一部支援、全支援を明記し、一人ひとりの転倒の傾向や顔が濡れるのを嫌うといった利用者特性に配慮した入浴支援の内容について記載している。入浴に際しては「健康チェック表」を用いて検温の結果等を確認し入浴の可否を判断し、また体の傷等を職員がチェックし、診療所と連携し、緊急時の対応に備えている。以上をヒアリングとマニュアル、健康チェック表の記述で確認した。</p> <p>④入浴回数は週3回を基準にしているが、入浴の好きな利用者は寮内の浴槽を使用し個浴を楽しんでいる。集団生活の苦手な利用者も寮内の個浴に入浴しているケースがある。入浴日以外希望に応じて清拭やシャワー浴を行っている。以上をヒアリングと「寮支援マニュアル」の記述で確認した。</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 服薬支援 の 取 組 み</p>	<p>健康管理マニュアル、利用者検診計画があります。また、利用者全員の個別健康カードがあり、写真入りで、基本情報、既往歴、入院歴、現在服用している薬などが記載されています。飲み薬の管理・保管及び与薬マニュアルは毎年見直しをしています。与薬については図入りで示してあり、与薬時の自己点検、基本動作チェック表、誤与薬後の対処方法もあります。誤与薬防止対策として、リスクマネジメント委員会が薬に関する事故、インシデントについて分析を行い、運営会議にて報告します。リスクマネジメント委員会はインシデントレポートを分析し、随時ニュースを発行し、園内に周知しています。</p> <p>利用者によっては服薬時に服薬用カップやお茶ゼリー、トロミを使用しています。環境面としては、全体が過ごす空間、居室などの個別空間にも加湿器を設置しています。</p>	<p>①「健康管理マニュアル」を作成し、日々の健康観察の視点及び受診、通院、入院等に関する診療所との連携について明記している。利用者ごとに健康チェック表を作成している。毎日利用者の血圧、体温等バイタルチェックを行いグラフ化して変化を把握している。尿や便の回数、発作の回数、食事や水分摂取、服薬状況などを記録している。また、「感染症対策マニュアル」を整備しインフルエンザ等感染症の対策を実施している。平成 26 年度は診療所と連携しインフルエンザ罹患発生時迅速に寮の閉鎖等の対策を行っている。以上をヒアリングとマニュアルの記述、「健康チェック表」の記述で確認した。</p> <p>②「健康管理マニュアル」に定期健診の実施を明記し、年 2 回の採血や検尿等の内科検診、歯科検診、耳鼻科検診等を行っている。利用者一人ひとりの「健康カード」を作成し、受診時に常に携帯している。「健康カード」には本人の診断名や既往歴、アレルギーの有無、発作時の指示、服薬等援助の留意点などが記載されている。医療は湘南病院と連携し「三浦しらとり診療所」を施設内に開設し、毎日内科、精神科、歯科等の診療を行っている。以上をヒアリング、マニュアル類の記述で確認した。</p> <p>③「飲み薬の管理・保管マニュアル及び与薬動作マニュアル」を作成し、適切な服薬管理に努めている。マニュアルは年 1 回定期的に見直しを実施している。診療所より毎週木曜日に各寮に薬が届けられ利用者ごとに配薬されている。各寮では二人の職員が朝・昼・夕・就寝時の服薬ボックスに薬を分けるときと与薬時にそれぞれ声にだして二重チェックを行い誤与薬防止に努めている。また、寮ごとの支援対応マニュアルに、トロミアップ溶液にいれてスプーンで与薬する等利用者一人ひとりの服薬方法や、むせこみや薬の落下などの利用者特性を明記し注意を喚起している。以上をヒアリングとマニュアルの記述及び薬保管の観察で確認した。</p> <p>④月 1 回施設長を責任者とするリスクマネジメント委員会を開催してインシデントレポートを分析し、誤薬事故防止を図っている。平成 26 年度は、28 件の誤与薬事故報告があり、そのうち 16 件が落薬であった。毎月リスクマネジメント便りを発行し、職員への誤与薬防止の注意を喚起している。以上をヒアリング及び「26 年度事業報告書」の記述で確認した。</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>日中活動支援の生産活動、余暇活動、外出支援に関する取り組み</p>	<p>平日は本館で日中活動を午前、午後の時間帯で実施しています。主に3種類に分けられ、体力維持などを目的とした園内外の歩行、障害特性に応じた作業、生産性のある作品制作を行う作業の全8グループで形成されています。利用者の得意分野や好みを活かし、個々の能力や目的に適したグループで支援しています。又、各グループ間(室内活動グループ同士、歩行グループ同士等)で情報の共有を行い、利用者の方が安心安全に日中活動に参加できるように取り組んでいます。</p> <p>利用者の重度高齢化が進み、機能低下などの問題も増えてきたことから、本年度はグループを一新し新体制になりました。今後も定期的な見直しをしていき、必要に応じてグループ間の異動も検討していきます。生産的活動である空き缶潰し等で得た日中活動作業の収益は利用者全員に均等配布しています。</p> <p>利用者の希望や意向にできる限りそえるよう起案を作成し、寮会議等で検討、計画/個人での昼食外出、衣類購入や数名で実施するドライブ外出を実施しています。厨房の協力をいただきバイキングの実施もしています。お誕生会やクリスマス会、スイカ割り、花火大会等、季節感のある行事も行っています。</p>	<p>①日中活動は、生活介護8グループと自立訓練1グループの編成で活動している。周囲からの刺激に弱く自閉性のこだわりの強い利用者を対象に見通しのよい作業に配慮したスキルグループと、体力維持を目的に園外歩行を主体とした短・中・長距離の体力別の3つのグループがある。また、ストレッチやマッサージ、スヌーズレンによるリラクゼーション、缶つぶし、はがき作り、染め物、毛糸ほぐし等を行う4つの園内活動グループ、及び地域移行を目指し陶芸、革工芸、リサイクル作業等を行う自立訓練グループがある。グループ適合表を作成し本人の希望や好み、活動上の配慮点等を総合的に評価しグループ編成を行っている。利用者の高齢化による運動能力の低下等に配慮し、適宜グループごとの支援内容の見直しを行うことになっている。以上をヒアリングと適合票の記述で確認した。</p> <p>②月ごとに日中活動調整会議を開催し利用者の活動や変化の状況、本人にとっての安全性について職員間の情報共有を図っている。半年ごとに「日中活動記録」に本人の活動状況をまとめて記録し、「個別支援計画」の達成目標の成果を評価し、日中活動の今後の支援に係る担当職員の意見を明記している。「日中活動記録」の内容を受けて「個別支援計画」の見直しのためのモニタリングを3ヶ月(自立訓練)又は6ヶ月(生活介護)ごとに実施し次の「個別支援計画」に反映している。日中活動で利用者の笑顔の多い活動を観察し、それを「個別支援計画」に盛り込むようにしている。以上をヒアリングと「日中活動記録」、「個別支援計画」の記述、「モニタリングの記録」で確認した。</p> <p>③花火大会やクリスマス会等季節ごとの多彩な行事に利用者が参加している。5月のレクリエーション大会は、利用者と家族の交流を目的に施設の体育館でパン食い競争や玉入れ競技を行っている。10月のしらとり祭は施設を開放し地域住民が参加し、利用者が主体的に楽しめるようにアトラクションや模擬店、ビンゴゲーム等で地域住民との交流を図っている。日中活動の園芸や縫製、フラワーアレンジメント、陶芸等多彩な分野で積極的にボランティアを受け入れている。平成26年度は、延べ1,026人のボランティアの活動を受け入れている。また、利用者の希望に沿った外出支援を行っている。利用者の希望に沿って寮会議で更衣や車までの移動、付き添い等職員の担当を検討し、安全に配慮し夕食やドライブなどの外出を実施している。以上をヒアリングと「平成26年度事業報告」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 27 年 12 月 4 日 ～ 平成 28 年 1 月 22 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	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配布	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。
アンケート調査票の回収	39 通
回収の状況	調査票配布数 130 通 : 返送通数 39 通 回収率 30.0 %

##### （2）調査結果の傾向

###### ◆アンケート調査全体の傾向

- 回答者の状況は、本人以外が 100%（父：15%、母：59%、兄弟姉妹：18%、その他：8%）となっている。
- 「全体的にとっても満足である」が 31%、「全体的に満足である」が 38%、合計が約 69%である。
- サービス利用前後での気持ちの変化の設問では、「安心して生活できるようになった」が 69%で、「生活を楽しめるようになった」が 51%で「落ち着きが出てきた」46%となっており、サービス利用によって相応の生活が確保されていることがうかがえる。
- 自由意見では、良い点：24 件、努力を期待したい点：14 件、その他意見 21 件の計 59 件が寄せられた。
- 良い点の自由意見では、主に「食事」「外出」「行事」「職員の対応」などが挙げられている。  
 「診療所が併設されていて急な病気の時に助かっている」「クラブ活動なども楽しみにしている」「職員にやる気が見られる」などがある。また、「職員は重労働にも関わらず病院へ、外出へと利用者目線で頑張っている」の記述がある。
- 改善してほしい点の自由意見では、「設備」「入浴」「外出」「職員の対応」などが挙げられ、より一層の努力が求められている。
- その他の自由意見では、「入所者の高齢化対策を早急にして欲しい」「個別支援など、その都度職員からの説明で現在は満足している」「楽しい事をいっぱい取り入れてほしい」などがあつた。