

# 福祉サービス第三者評価結果

## 事業所名

社会福祉法人神奈川県総合リハビリテーション事業団  
七沢ライトホーム

平成18年 3月13日



社団法人神奈川県社会福祉士会  
福祉サービス第三者評価

社団法人神奈川県社会福祉士会福祉サービス第三者評価 評価結果

1 事業所基本事項

フリガナ	ナナサワライトホーム
事業所名 (正式名称を記載)	七沢ライトホーム
事業所住所 最寄駅	〒243-0121 神奈川県厚木市七沢5 1 6 小田急線 本厚木駅下車 バス 2 5分
事業所電話番号	0 4 6 - 2 4 9 - 2 4 0 1
事業所 FAX 番号	0 4 6 - 2 4 9 - 2 4 1 1
事業所代表者名	役職名 所 長 氏 名 菅原 安英
法人名及び 法人代表者名	法人名 社会福祉法人神奈川県総合リハビリテーション事業団 法人代表者氏名 理事長 林 英樹
URL	<a href="http://www.kanagawa-rehab.or.jp">http://www.kanagawa-rehab.or.jp</a>
e-mail	fukusomu2@kanagawa-rehab.or.jp
問合せ対応時間	平日 8時30分から17時15分

事業所の概要 1

開設年月日	昭和 4 8 年 8 月 1 日
定員数	2 0 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 7 階建て
面積	敷地面積 ( 165.721 ) m <sup>2</sup> 延床面積 ( 1.165.385 ) m <sup>2</sup>
居室あたり的人数 (入所施設の場合のみ)	個室 ( ) 室 / 二人部屋 ( ) 室/ 三人部屋 ( ) 室/ 四人部屋 ( 5 ) 室

事業所の概要 2 (職員の概要)

総職員数	2 9 名
うち、次の職種に該当する職員数	相談支援職員(常勤 1名・常勤以外 名) 介護職員 (常勤 14名・常勤以外 1名) 看護職員 (常勤 11名・常勤以外 名) 理学療法士 (常勤 名・常勤以外 名) 作業療法士 (常勤 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 名) その他 ( 事務職員 1名 )

PR 評価に臨んで事業所としてアピールしたいこと	病院との連携により合併症をもつ医療重度者や高次脳機能障害者等に対してリハビリテーション訓練等を提供し、生活自立と社会参加に向けた支援をしています。眼科ロービジョン外来との協力体制を強化しています。
-----------------------------	--

## 2 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)		
<p><b>優れている点：</b>主に中途失明者を対象に、社会生活訓練サービスを提供し、職場復帰や家庭復帰の支援、及び職業教育等自立促進のサポートを行っている。</p> <p><b>独自に取り組んでいる点：</b>退所した後も相談等、アフターフォローを行っている。視覚に障害がある利用者のために、施設内は共有スペースに物を置かない・むやみに物の位置を動かさない、部屋の入り口に脚マットを敷いて段差がある事を示す等、事故を防止する工夫が見られる。</p> <p><b>努力している点：</b>30年以上経過した建物で、居室は和室の4人部屋の環境にあったが、3年前から洋室への改修を開始し、個人のプライバシー保護の向上に努めている。</p>		
評価領域ごとの特記事項		
1	人権への配慮	<p>「人権ハンドブック」「職員倫理綱領」等を職員に配布し、職員会議、支援会議等を通じて職員の意識向上を図っている。</p> <p>利用者は中途視覚障害者が多く、会話に不自由がないため、利用者の訓練プログラム以外の日常生活は自立しており、職員と対等に接している。苦情解決システムを設け、利用者が第三者委員と直接話しができるようになっている。</p>
2	利用者の意思・可能性を尊重した自立生活支援	<p>利用者・家族の意向を聞き個別支援計画が作成され、訓練開始となる。その後、訓練担当、生活支援担当が関わり施設の総合評価会議及びプログラム調整会議を経て本人・家族の了解のもと計画の見直しを行う。施設外のガイドヘルプ等も積極的な支援がみられる。</p>
3	サービスマネジメントシステムの確立	<p>病院内施設ともいえる環境の中で、感染症予防や衛生環境の維持は1施設だけでなく病院全体の中で徹底されている。防災や危機管理も事業団全体で計画されており、警備員の存在も安心できる。現役の盲学校教員等の専門職の実習を受け入れている。</p>
4	地域との交流・連携	<p>地域の自治会・学校他に講師を派遣し、施設の理解を広めている。また、行事には施設を開放して交流を図っている。</p>
5	運営上の透明性の確保と継続性	<p>事業計画・事業報告等が経営会議・運営会議等を通して理事会に報告されている。情報公開制度を持ち、広く施設内容を公開している。自己評価について、調査日時点では第三者の参加・評価の公表が充分ではなかった。</p>
6	職員の資質向上の促進	<p>職員全員に「職員ハンドブック」を配布し、常に援助方法について確認をしている。また、職員のニーズに応じた研修を企画し実施している。</p>

### 3 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、調査を行なった結果 ～

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 94%
	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		

#### 3-2 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、事実確認を行なった結果 ～

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
食事支援の取り組み	<p>①視覚障害者による配膳時の混乱を防ぐ為、配膳は職員が行っています。また、食事時間内は、食堂内の移動経路を一定にすることで、利用者同士の衝突等危険のない様工夫しています。</p> <p>②毎食、食事内容や配膳状況を口頭説明し、視覚障害があっても内容を把握した上で食事が取れるように支援しています。</p> <p>③利用者個々の健康状態や嗜好に応じて、カロリー食・蛋白制限食・代替食等の提供を行っています。</p> <p>④月1回、栄養課による聞き取り調査を行い、食事について利用者の直接意見を聞く場を設けています。</p> <p>⑤必要に応じて、個別に栄養指導を受けることができます。</p> <p>⑥月2回、主菜の選択が出来る日を設けています。</p>	<p>①配膳を担当する職員の割り振りの実際。</p> <p>②食事内容や配膳状況。</p> <p>③個別の食事カードが栄養課に渡し各々の食事を準備。</p> <p>④栄養士が中心となり委託業者と聞き取りをしている。</p> <p>⑤指導依頼票で実施。</p> <p>⑥実際の手順及び実施状況。</p> <p><b>以上の事項について確認した。</b></p>

<p><b>排泄支援の取り組み</b></p>	<p>①入所時のオリエンテーションで、トイレ環境の把握が確実に出来るように、マンツーマンで対応しています。</p> <p>②利用者は、基本的に排泄自立者が多いが、排泄に援助を要する人に対しては、訓練内容に組入れ自立に向けて支援しています。</p> <p>③必要に応じて、夜間のシビン設置等を援助しています。</p>	<p>①障害を捉えたトイレ環境を含めたオリエンテーションの方法。</p> <p>②排泄援助を要する人は現在いないが、生理時の対応支援の実際。</p> <p>③居室ベッド脇に尿瓶の設置。</p> <p><b>以上の事項について確認した。</b></p>
<p><b>入浴支援の取り組み</b></p>	<p>①希望者は、毎日入浴が可能です。</p> <p>②利用者の身体状況に応じて、バスコールやシャワーチェアの使用を検討すると共に、職員の見守りによる入浴も行っています。</p> <p>③利用者間の自主・協力を尊重し、基本的には入浴当番や利用者同士の声かけで、遂行しています。</p>	<p>①居室毎に月水金優先入浴のグループと火木土のグループ。優先入浴終了後は、その他の利用者が自由に入浴できる。</p> <p>②職員室にバスコールが準備され、浴室にシャワーチェアが設置。</p> <p>③当番を決めて湯を入れる、利用後のバスマットの洗濯などの準備。利用者同士の声かけ。</p> <p><b>以上の事項について確認した。</b></p>
<p><b>整容支援の取り組み</b></p>	<p>①整容動作は自立している利用者が多いが、個々の状況にあわせて、訓練項目として設定し、自立に向けた支援をしています。</p> <p>②併設する施設内に理容・美容室があり、誰もが利用できます。</p> <p>③視覚障害により起こりがちな、整容動作や身だしなみの問題について、改善策を助言しています。</p>	<p>①個々の状況にあわせて訓練内容が規定された個別支援計画。</p> <p>②社会資源利用と位置づけて、半数程の利用者が利用。</p> <p>③整容動作やみだしなみの助言。</p> <p><b>以上の事項について確認した。</b></p>

<p><b>健康管理・服薬管理の取り組み</b></p>	<p><b>【健康管理】</b></p> <p>①内科医1名が週に1回、健康相談として来所し状態チェックを行い健康管理に携わっています。</p> <p>②医務課看護師が、各利用者に対し、受け持ち担当制をとり疾患の病態生理、障害、年齢に応じた看護計画を立案し援助をしています。</p> <p>③医務課看護師は24時間常駐し、各利用者の対応を行っています。各利用者に応じて定期的な血圧測定、体重測定を行い健康把握に努めています。</p> <p>④年に2回、健康診断を実施しています。実施後のフォロー診察、相談も行っています。二次的な健康障害が起きたときは適切な医療が受けられるよう隣接された神奈川リハビリテーション病院と連携をとり調整を行っています。</p> <p><b>【服薬管理】</b></p> <p>①自己管理を目標に各利用者に応じ、職員室管理の毎回渡しから1日渡し、1週間渡しなどと段階を踏んで援助しています。</p> <p>②職員室管理をしている場合、誤薬を防ぐため声出し確認での薬渡しを行っています。薬は各利用者に応じ分包化、シートとわけ分包化の場合、院外薬局へ依頼し1回分ずつ分け朝は赤、昼は緑、夕は青、眠前は黒にしてもらっています。</p> <p>③各利用者で受診科目が多く、処方されている場合は1回分ずつホチキス止めをして対応しています。</p> <p>④自己管理をしている利用者には医務課看護師が直接手渡しをし利用者とともに確認している。</p> <p>⑤誤薬が生じた場合、医務課に報告し必要に応じDrに判断を仰いでいます。また、事故報告書を作成し会議で検討し再発防止に努めています。</p>	<p><b>【健康管理】</b></p> <p>①内科医来所の対応状況。</p> <p>②看護師の担当制、看護計画を立案し援助。</p> <p>③七沢学園医務室が常駐場所。</p> <p>④定期的な体重測定や年2回の健康診断実施。実施後の後フォロー診察、神奈リハ病院との連携・調整。</p> <p><b>【服薬管理】</b></p> <p>①服薬援助方法の規定。</p> <p>②③声出し確認での薬渡し、分包化、色分け、ホチキス止め。</p> <p>④自己管理の利用者へ直接手渡し確認。</p> <p>⑤誤薬の際医務課報告。</p> <p><b>以上の事項について確認した。</b></p>
------------------------------	---	---

### 3-3 利用者へのヒアリング調査

～ 利用者から任意でヒアリング調査をした結果 ～

<p><b>調査した利用者数</b> <u>5</u> <b>名</b></p> <p><b>利用者調査担当調査員の所感</b></p> <p>いずれの利用者の方も、落ち着いて話しをしてくれた。視覚障害以外には障害は無く、身体的に自立されている方ばかりであった。お元気な方が多かったので、体調不良時の対応などについては話題が深まらなかった。また、職員の対応について満足されている回答が多かった。訓練を目的に短期での入所利用中の方ばかりであり、生活の場としての施設機能に対する期待もあまり無く、多少不満があっても短期間しか利用しないからと割り切っている様子であった。食事について月1回意向調査は実施しているが、あまり反映されていないように感じた。</p>
--

#### 4 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 ～

###### 取り組み①

利用者のプライバシー保護

###### 取り組み期間

H15.1～H17.12

PDCA	取り組みの概略
「P」 目標と 実践計画	平成15年度から「支援費制度」、「利用契約制」に移行されることを契機として、利用者が宿舍生活を送る上でのプライバシー確保及び快適性を少しでも高められるよう、和室を洋室に改修する年次計画を立て、実行に向けて予算要求を行うことにした。
「D」 計画の実践	居室を畳敷きの4人部屋からベッドの4人部屋へ改修することにより、プライバシーの確保を促進する。併せて、肢体障害をもつ利用者の利便と安全性を確保する。平成15年度からの計画で改修予算を申請。16年度2部屋。17年度2部屋の改修が終了した。
「C」 実践の評価 結果	カーテンで仕切り、プライバシーエリアの区分化が図られたことにより、他者への気遣いが軽減され所持品の紛失等を訴える等のトラブルが減少した。また、肢体不自由をもつ視覚障害者の利用が円滑化された。
「A」 結果をふまえての改定計画	和室の洋室化転用はプライバシー保護を高める上で一定の効果があった。今回の改修に満足することなく、今後さらにプライバシーの保護を促進し、かつ、完全個室化につなげていく予定である。

###### <第三者評価コメント>

古い建物の中で、可能な改修への取り組みへの努力が見られた。改修後も利用者からの賛否の声を受け止めている。この改修を最終ゴールとしておらず、さらなるプライバシー保護の改善・向上にむけた構想を練っており、今後の発展が期待できる。

###### 取り組み②

個別支援計画

###### 取り組み期間

H17.2～H17.3

PDCA	取り組みの概略
「P」 目標と 実践計画	盲学校入学予定者の1ヶ月間限定の生活訓練依頼に対し、施設として経験のない短期間訓練に取り組んだ。 前例のない短期訓練のために、新たな訓練支援計画を作成し、施設一丸となって取り組んだ。
「D」 計画の実践	短期訓練・支援のため、本人のニーズを慎重に検討し、その都度利用者の意思を十分に確認しながら検討し進行した。
「C」 実践の評価 結果	本人が求めていた「見えないことへの意識付け」は、他の利用者との共同生活からも習得していた。安全な行動動作を身に付ける事ができ、盲学校への通学が概ね可能となった。
「A」 結果をふまえての改定計画	異例の短期訓練プログラムの展開であり、他利用者に一律に適用されるとは限らない。今回の場合は、残存視覚の活用が有効・パソコン技術の経験・基礎能力が高かったことが幸いした。 短期プログラムは、今後も訓練体制等の内容検討・整備が必要である。但し、条件がそろえば、積極的に受け入れていく事が確認できた事例である。

###### <第三者評価コメント>

施設としては前例のない、未経験の短期支援に取り組んだ事例である。利用者ニーズを尊重した柔軟な取り組みとして、また、新たな挑戦をした事例として評価できる。

社団法人神奈川県社会福祉士会福祉サービス第三者評価

発効：平成18年3月14日（平成21年3月13日まで有効）