

福祉サービス第三者評価結果 (グレード1)

事業所名 たんぽぽの家

発効:平成23年10月6日(平成26年10月5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サガミフクシムラ タンポポノイエ
事業所名 (正式名称を記載)	社会福祉法人相模福祉村 たんぽぽの家
事業所種別	知的障害者更生施設（通所・入所）
事業所住所 最寄駅	〒252 - 0244 神奈川県相模原市中央区田名 6 7 6 9 番地 JR相模線 上溝駅下車 バス20分
事業所電話番号	0 4 2 - 7 6 1 - 7 7 8 8
事業所FAX番号	0 4 2 - 7 6 3 - 3 3 1 8
事業所代表者名	役職名 施設長 氏名 赤間 芳子
法人名及び 法人代表者名	法人名 社会福祉法人 相模福祉村 法人代表者氏名 理事長 赤間 源太郎
URL	www.fukusimura.or.jp
E-mail	sagami.fukusimura@tanpoponoie.or.jp
問合せ対応時間	8時30分～17時30分

事業所の概要 1

開設年月日	昭和58年4月1日
定員数	100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 地上3階 地下1階
面積	敷地面積 (5714) m ² 延床面積 (3779.23) m ²
居室あたりの人数 (入所施設の場合のみ)	二人部屋 (50) 室 三人部屋 (2) 室

事業所の概要 2 (職員の概要)

総職員数	94名
うち、次の職種に 該当する職員数	医師 (嘱託医1名) 看護職員 (常勤1名) 支援員 (常勤41名・常勤以外28名) 相談支援員 (常勤3名) 栄養士 (常勤3名) その他 (事務員9名・調理員8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	安心して任せられ満足していただけるサービス提供の実現とどのような 相談でもしっかり受け止め解決を図り、地域福祉の発信源となるべく活 動しています。
--	---

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、改善を要する点）

優れている点・独自に取り組んでいる点：

- 「理解と共感」「ご利用者との信頼」「安心と安全」等、ISO9001の認証を受け、5つの相模福祉村品質方針を定め、顧客のあらゆる声に耳を傾け、深い人間性と高い専門性を持ち、利用者に安心してもらえる施設の実現を方針としている。事業計画書の冒頭に顧客満足を目指す法人の理念を掲げ、4月1日の全体会議で全職員が内容を読み上げ、職員に理念の実践を周知している。
- 「職員倫理綱領」「職員行動規範」に、利用者個人の尊厳と自己決定の尊重及びプライバシー保護を謳い、利用者一人ひとりが安心して誇りを持って暮らせるように支援することを明文化し、職員に徹底している。毎年、人権擁護に関する研修を行い、全職員に出席を義務付けている。
- 利用者一人ひとりの個別支援に力を入れている。個人の生活習慣、社会的計画・活動、コミュニケーション能力・対人関係、要配慮行動、家族支援等の項目別に課題を明確にし、個別支援計画の課題ごとにモニタリングの時期を明記し、達成度を評価している。個別支援は、人と人との関係の在り方に視点を置いたエンパワメントを心掛けている。
- 利用者は障害の特性に合わせ、8つの「社会自立支援係」と、3つの「生活支援係」のグループに分かれ、日中活動を行っている。利用者一人ひとりのニーズに合わせたグループ編成にすることで、ゆとりある生活空間の中で活動に取り組むことができるよう支援している。
- 利用者が地域で自立した日常生活を送ることができるよう、就労支援を行っている。就労に向けた支援のひとつとして、コロッケの製造販売を行っている。平成22年10月より、あんこコロッケ、唐辛子コロッケ等の新製品を随時製造し販売している。また、利用者が製造したクッキーのおいしさがコンビニエンスストアの目にとまり、二種類のクッキーを納品している。売上げは訓練工賃計算書で記録されており、売上げも順調であり、利用者の自信と仕事への意欲につながっている。
- 利用者の自治会組織「たんぼぼ委員会」が活発に活動している。毎年入所者の選挙で委員を決定し、広報委員、リサイクル委員、飼育委員等、様々な活動をしている。毎月、委員会を開催し、夏休みの過ごし方や旅行について話し合い、また、どのような行事にしたいかを自分たちで意見を出し合い、利用者の希望を各種の行事に反映している。利用者が、生活上の問題に一人で悩まず、気兼ねなく相談できるように、「たんぼぼ委員会」と職員の相談委員が連携し、何でも話が出来る雰囲気作りに努めている。
- 地域移行に向けて、6ヶ月の期間を想定して自活訓練を行い、本人が地域生活に自信を持てるように、独自のプログラムを設定している。集団に馴染めないケースでは、短期入所の制度を活用し、自宅の閉じこもりからケアホームに移行できるように支援している。平成22年7月に、短期入所利用者が自活訓練を開始し、本人の興味を尊重し適切な声かけや対処の支援により、2ヶ月半後にケアホームに移行した実績がある。
- 市内唯一の24時間体制の相談事業所として、相模原市から委託を受けている。3名の専門相談員を配置して、障害者本人の問題だけでなく、家族の問題や地域移行、居住支援等、多方面の相談に応じている。平成22年度は、年間の相談件数がのべ682件に及んでいる。障害種別や関係機関の増加に伴い、利用者ニーズも多様化しており、児童相談所を通じた虐待児に関する相談も増加している。

改善を要する点：

- 夏祭り等施設行事に地域の人たちを招待したり、地域の小学校との交流会や、中学校の体験学習等を通して、地域の人たちの施設に対する理解が深まっているが、現在は、地域の人たちに福祉を理解してもらうための講習会や研修会は開催していない。
災害用の食品備蓄は確保できているので、災害時の地域住民との連携に向けて、さらに地域住民とのつながりの強化が期待される。

評価領域ごとの特記事項		
1	<p>人権への配慮</p>	<p>○事業計画書内に「職員倫理綱領」「職員行動規範」を明示して、年度開始の4月1日の全体会議では全職員で読み合せを行い、また研修計画には障害者の権利擁護を入れ、人権に配慮した支援について周知と確認をしている。新任職員や実習生にも同様のことを実施している。</p> <p>○「職員行動規範」には人権を意識した項目を入れ、毎月開催している「権利擁護推進委員会」ではその振り返りを行い、施設全体で権利擁護に取り組んでいる。</p> <p>○個人情報の漏洩防止は規定に取り決めがあり、職員の入職時には個人情報の扱いについて誓約書の提出を義務付けている。利用者には実習生や見学者の訪問について事前に説明がされ、また実習生や見学者には、オリエンテーションの中で個人情報の取り扱いの説明を行っている。</p> <p>○「生活支援マニュアル」の中にもプライバシーの保護を明記しており、利用者の人権の尊重、法令遵守等については常に周知や振り返りを行っている。朝礼時の施設長の訓示、各係ごとの昼礼での伝達等で徹底している。</p>
2	<p>利用者の意思・可能性を尊重した自立生活支援</p>	<p>○個別支援計画は、年2回の健康診断、フェイスシート、アセスメント票、利用者面談・保護者面談の記録、医学判定書、心理判定書等の記録に基づき作成し、利用者のニーズについては利用者と日常接している担当者が把握し、計画に反映している。</p> <p>○個別支援計画書は、本人・後見人・家族にも策定手順を説明し承諾を得るようにしている。日常生活の状況については半期に一度見直しを行っている。社会参加に向けての計画も行っている。</p> <p>○重度・軽度の利用者ではニーズも違うため、個別支援計画の書式も区別している。</p> <p>○生活担当の職員は日常会話の中から利用者の意向を汲み取るとともに、家族にも面談して、その人らしい、一人の人間としての生活ができるよう配慮した支援を行っている。</p> <p>○個人の好みに合わせた余暇活動も行っており、本人の能力を伸ばせるよう個別支援計画を策定している。また近隣のアパートで自活訓練を行う等、本人の可能性にも配慮している。</p> <p>○利用者の自治会活動として「たんぼぼ委員会」を設置している。毎月、委員会を開催し、利用者による生活改善や施設の整備について話し合いが持たれ、行事等の内容にも反映している。</p> <p>○地域移行を視野に入れた社会自立支援に力を入れている。地域での自立した生活を支援するケアホームバックアップ職員も配置している。また自立に向けて就労支援も行っており、支援のひとつとして、コロッケの製造販売をしている。また、利用者が製造したクッキーのおいしさが近くのコンビニエンスストアの目にとまり、クッキーを納品している。売れ行きが好調で利用者の自信や励みになり、成長にもつながっている。</p>
3	<p>サービスマネジメントシステムの確立</p>	<p>○利用者を対象に苦情解決の一環として「聴いて聴いて窓口」を設置して、担当職員についてポスター掲示をしている。また苦情受付担当者の氏名も掲示して周知している。相談窓口の他に、「権利擁護推進委員会」と利用者自治会活動である「たんぼぼ委員会」を設置し、利用者の様々の話の中から問題に迅速に対処できるようにしている。意見箱を設置し、第三者委員(3名)も委託している。苦情解決に関する規則により、苦情受付報告経路が整備されている。</p> <p>○リスクマネジメントマニュアルに基づき、利用者の障害特性によるリスクに関しては支援記録をもとにリスク把握と防止に努めている。異例報告書にヒヤリハットが記録され、検討や分析により、職員が「気づく力」を養うことでリスクを回避するよう努めている。</p> <p>○感染症等には感染予防のためのマニュアルを作成し、周知をしている。流行の時期には朝の申し送りや引き継ぎにより、全職員に周知している。</p>

4	地域との交流・連携	<ul style="list-style-type: none"> ○施設内にボランティア担当のコーディネーターを配置して、地域との交流が活発となるよう調整を行っている。年間行事計画には地域開放の行事が予定されている。 ○実習生の受け入れや近隣小学校の体験学習等を積極的に行い、各地区の民生委員見学等も随時実施している。 ○地域の自治会にも加入して、スポーツ大会等に参加し交流を深めている。 ○夏祭り、クリスマス、文化祭の時には施設を開放し、地域との交流を積極的に図っている。 ○地域移行のためのケアホームでの支援を充実させ、利用者の社会的自立の促進を図っている。
5	運営上の透明性の確保と継続性	<ul style="list-style-type: none"> ○施設理念や運営方針は玄関に掲示されている。 ○法人の理念、品質方針、施設運営目標、活動方針は、事業計画に記載して年度初めの全体会議で読み合わせを行い、全職員に周知している。 ○事業計画書は全職員に配布し、各会議には必ず持参するようにしている。 ○個別支援計画は利用者のニーズや思いを汲み取った策定ができるよう、利用者面談記録、保護者面談記録、医学判定書等に基づき策定している。 ○個別支援計画の実施にあたっては、利用者、保護者に説明し、承諾を得て確認印をもらっている。 ○施設内の情報の共有に関しては、朝礼での施設長による訓示、各係ごとの昼礼での伝達、書類の閲覧等により周知や確認が徹底されている。
6	職員の資質向上促進	<ul style="list-style-type: none"> ○研修計画書を作成し、職種や経験年数に基づき、救命救急、障害の理解、支援方法等の様々な分野の外部研修を受講している。 ○職員全体対象の内部研修を実施している。内部研修では支援マニュアルに基づいた援助態度習得についての研修を実施している。面接技術の習得についても確認を行っている。 ○外部研修受講後は報告書及び資料を提出し、受講内容は全職員で共有できるよう、資料閲覧の環境が整備されている。 ○年2回、人事考課制度に基づき、職能要件書及び自己評価表を作成し、定期的に職員の面談を実施し、職員同士のコミュニケーションを図り、業務の質の向上に努めている。 ○実習生の受け入れに関しては、担当職員を1名配置している。

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	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	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	92%
	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
食事支援の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ①食生活委員会を行い各部署から幅広い意見を集約し食生活全般に反映している。 ②個々のニーズや健康状態に合わせ普通食・大盛食・減食・刻み食・ペースト食・トロミ食・糖尿食・腎臓食を日頃から提供している。 ③毎月1回の選択メニュー(わかり易く写真で表示)・誕生日リクエストメニュー・行事食の提供により、より楽しい食生活提供に努めている。 ④ご高齢の方へは法人内の特別養護老人ホームから食事を取り寄せ提供している。 ⑤食事時間も個々の障害特性に合わせ柔軟に対応し、嗜好に合わせてメニュー変更をしている。 ⑥検食簿のデータや残飯の量などを参考にメニューに反映させている。 	<ul style="list-style-type: none"> ①食生活委員会主催の食生活会議を年4回開催していること、会議には施設長、栄養士、調理員、支援課職員等が出席していること、食事の提供に関する個別支援について意見を集約し食生活に反映していることを、「食生活会議議事録」で確認した。 ②個々のニーズや健康状態に合わせ、様々な形態の食事を提供していること、利用者の状況に応じて食形態の見直しを随時行っていることを、観察と聴き取りで確認した。 ③選択メニューは2つのメニューの中から利用者が好みの食事を選択していること、利用者の誕生日には本人のリクエストメニューを提供し、利用者全員で誕生祝いをしていることを、「選択メニューアンケートの集計記録」で内容を確認した。 ④現在9名の65歳以上の利用者があり、高齢者向けの食事を法人内グループの特別養護老人ホームから提供していること、食事の量や盛り付け、メニューの内容等は利用者の高齢化と身体状況の変化に配慮していることを、「平成22年度事業報告書」で確認した。 ⑤生活支援マニュアルを整備し摂食介助等の留意事項を規定していること、楽しい雰囲気の中で利用者においしく食事を食べてもらうことができるよう、障害特性に合わせて嗜好を活かしたメニューに変更していることを、「生活支援マニュアル」で確認した。 ⑥毎食の検食は、施設長を含めた職員が担当していること、食事の味や硬さ等利用者にとって食べやすい食事であるかをチェックし、検食簿の内容を栄養士が確認して次のメニューに反映していることを、「検食簿の記録」で確認した。

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プライバシーの観点からトイレの個室には鍵を設置。出入り口にはカーテンや暖簾を使用。</p> <p>②重度利用者の方へは個々にトイレ誘導を行い排泄リズムの確立に努めている。</p> <p>③衛生面としてトイレは毎日清掃。</p> <p>④排泄面への取り組みとして日中活動内で適度な運動量を確保。</p> <p>⑤また食物繊維の多い野菜ジュースなどを提供している。</p>	<p>①生活支援マニュアルの排泄支援に、プライバシーに配慮することを明記し職員にプライバシー保護に対する注意を喚起していること、失禁時にも本人の自尊心を傷つけないよう配慮していること、カーテンを閉め他者から見えないように注意していることを、「生活支援マニュアル」で確認した。</p> <p>②排泄チェック表に利用者個々の排泄の状況を記録していること、個別排泄パターンを把握しトイレ誘導を行っていること、利用者ごとの尿意・便意に注意を傾け、言葉や行動から利用者のリズムを把握するようにしていることを、「排泄チェック表」で確認した。</p> <p>③トイレは毎日清掃し清潔に保つようになっていること、生活支援マニュアルの衛生管理支援項目にトイレ清掃の留意点を明記し職員に周知していること、清潔で落ち着ける場としてのトイレづくりに努めていること、社会自立支援、生活自立支援係ごとに日課表を定め、定時に清掃時間を設定し、利用者、職員が分担して清掃を行っていることを、「生活支援マニュアル」で確認した。</p> <p>④午前中の日中活動に運動プログラムを設定し、曜日ごとに長距離、中距離、短距離歩行を取り入れていること、また、公園散策や市の体育館での軽運動をプログラムに組み、利用者ごとに適度の運動を確保して体調を保つようになっていること、特に生活介護は障害程度の重い方や高齢者の方のADL面での支援を中心に、利用者個々人の身体状況に合わせた運動プログラムを提供していることを、「平成22年度事業報告書」や「健康管理マニュアル」で確認した。</p> <p>⑤健康管理マニュアルに便秘の把握と対応のポイントを明記し、繊維質の多い食物の摂取を心掛けるようになっていることを、「健康管理マニュアル」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>入浴支援の取り組み</p>	<p>①週4回を基本として入浴支援を行なっている。 ②夏季7月～10月は他週3回をシャワー浴とし衛生面の確保に努めている。 ③夜間帯の単独入浴はご本人の安全面を確認の上で可能としている。 ④通学している児童は毎日入浴を実施。 ⑤男性浴室は湯船の深さを替え手すりも浴槽全体に渡って設置している。 ⑥安全な入浴と事故防止のため発作のある方が重ならないように名札で介助度を識別し入浴支援前にミーティングを実施し確認している。</p>	<p>①利用者は週に4回の入浴を基本としていること、生活自立支援の利用者と社会自立支援の利用者の入浴時間帯を分けることで、利用者がゆっくりと入浴を楽しむことができるようにしていること、柚子湯等の季節感を楽しみ心身のリフレッシュを目的とした入浴を楽しんでいることを、「入浴結果カウント表」や「入浴支援マニュアル」で確認した。 ②夏季は基本入浴以外にシャワー浴を活用して衛生面の確保に努めていることを、「入浴結果カウント表」で確認した。 ③夜間単独入浴を希望する利用者が1名おり、安全面を確認し入浴していることを、「入浴結果カウント表」で確認した。 ④ショートスティをしている間、通学児童には毎日入浴を実施していることを、聴き取りで確認した。 ⑤リスクマネジメントマニュアルを整備し、職員がいない時は施錠していること、浴槽全体に手摺りを設置していることを、「リスクマネジメントマニュアル」や浴室の観察で確認した。 ⑥発作のある利用者が重ならないように入浴前の事前ミーティングで確認し、ボードには色別の名札を貼り事故防止の対策を講じていること、入浴の前には、利用者の体調が普段と違うことがないか、介助者が注意して観察していること、本人が体調が悪いと訴えることもあり、本人の意思を尊重し看護師が確認して入浴の可否を判断していることを、「リスクマネジメントマニュアル」や「個別支援計画の事例」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 の取り組み</p>	<p>①年に2回の健康診断を実施している。 ②内科嘱託医・精神科へは月1回の通院支援を行い安定を図っている。 ③内服薬の管理は医務室で保管管理し朝・昼・夕・眠を4色で色分けし薬包とケースも一致させ識別管理している。服薬支援後はチェック表を用いて確実な服薬支援を行なっている。 ④毎月体重測定を実施。バイタルチェックを必要者に適宜実施している。</p>	<p>①健康診断は毎年9月と3月に利用者全員を対象に実施していること、健康診断の結果を基に栄養課、支援課が協力し利用者の糖尿病、生活習慣病予防に努めていること、また、毎年インフルエンザの予防接種を行い、集団感染に備えていること、保健委員会を中心にして利用者の健康管理に努めていることを、「平成22年度事業報告書」で確認した。 ②内科医が毎月施設を訪問し診察を行っていること、内科嘱託医・精神科へは月1回の通院を行い安定を保つようにしていることを、「健康管理マニュアル」で確認した。 ③服薬マニュアルを整備し誤与薬防止に力を入れていること、看護師が朝、昼、夕、眠の時間ごとに色分けした個人収納ケースに薬を保管し、一包ずつ氏名と時間をチェックしていること、臨時薬については通院に同伴した職員が日付・服薬時間を服薬チェック表に記入していること、残薬がないか薬包を全てチェックしていることを、「服薬マニュアル」で確認した。 ④毎月1回利用者全員の体重測定を実施していること、利用者の症状に応じて毎日血圧測定も行っていること、通所者に対しては送迎の際に本人・家族の日常の変化について注意し、異常の発見に努めていること、来園後、連絡帳で健康状態を確認し、バイタルチェックを行っていることを、「平成22年度事業報告書」や「健康管理マニュアル」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>地域生活支援の取り組み</p>	<p>①地域移行に向け「対人関係」「社会生活」「余暇支援」などを評価し、6ヶ月の期間で自活訓練を行い地域移行に向けた支援をしている。</p> <p>②ケアホームへの移行後の課題を抽出すると共に定期的に利用者・家族の方と話し合いを行い不安などの解消に努めている。</p> <p>③また機会があれば CH や日中活動の場を見学や体験を通し地域移行への意識付けを図っている。</p> <p>④また地域移行後もバックアップ施設として受け入れや話し合いの場を設け訪問も実施している。</p>	<p>①施設利用者の地域生活移行を図るために生活能力の維持・向上を目的とした生活訓練を実施していること、利用者ごとに個別支援計画を策定し、3ヶ月ごとにモニタリングを行い、地域移行を推進していること、また、社会自立という将来展望を持って、個別自活訓練や販売実習、ケアホーム生活体験等を積極的に行い、利用者の地域移行を支援していること、6ヶ月の期間で、自活訓練を行い本人が自信をもてるよう、独自のプログラムを設定していることを、「平成22年度事業報告書」で確認した。</p> <p>②ケアホームバックアップ担当職員を配置し、ケアホーム移行後の相談に応じていること、定期的に担当者がケアホームを訪問し、新しくケアホームに入居した利用者の生活不安の解消を目指し世話人と連携し、職員が仲介役となり利用者に適切なアドバイスを行っていること、また、世話人との情報交換を積極的に行い、施設生活での経験をホームでの生活に活用していること、ケアホーム入居後の課題対策には、世話人と本人の生活状況の確認を行い、情報を共有し本人を支援していることを、「平成22年度事業報告書」で確認した。</p> <p>③ケアホームや日中活動の場の見学や、体験を通して地域移行への意識を高めるように支援していることを、「平成22年度事業報告書」で確認した。</p> <p>④利用者が地域で自立した日常生活を送ることができるように、就労支援等バックアップ施設として様々な支援を行っていること、支援の一つとしてコロツケの製造販売や利用者が製造したクッキーの販売があること、いずれも好評で、売れ行きも好調であり、利用者の励みや自信と成長につながっていることを、「平成22年度事業報告書」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6月15日 ～ 平成23年7月12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 60通 : 返送通数 40通 回収率 66.7%

（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、利用者本人はゼロで、家族その他が100%であった。
- 事業所のサービスの満足度は、「全体的にとても満足である」が23%、「全体的に満足である」が55%で、8割近くの回答者が満足していると回答していた。
- 「全体的に満足しているが、一部改善してほしい点がある」との回答は、18%あった。
- サービス利用前後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78%で最も高い回答となっており、次いで「生活を楽しめるようになった」が40%となっている。
- 自由意見では、よい点:27件、改善してほしい点:14件、その他意見:14件の計55件の意見が寄せられた。
- よい点の自由意見では、行事や外出等の充実、職員の対応の良さ等の意見が多く寄せられていた。
- 改善してほしい点の自由意見では、入浴回数の希望があがっていた。

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 ～

取り組み	服薬事故防止の取り組み	取り組み期間	23年6月～7月
------	-------------	--------	----------

PDCA	取り組みの概略
「P」 目標と 実践計画	平成 22 年度は 22 件の服薬に関する事故が発生しており、そのうち 20 件は服薬漏れで 2 件が誤与薬であった。服薬漏れの多い理由は、年間 2298 件(平成 22 年度)の受診件数があり臨時薬が多いこと、定常薬以外の臨時薬の存在に関する職員間の連携が不十分であること、及び服薬マニュアルの不備が原因であるためと思われる。職員間の連携強化と服薬マニュアルの見直しを行い、服薬事故ゼロを目指すことにした。臨時薬の服薬漏れの対策として、看護、介護、日勤、夜勤等職員の情報共有と連携を図った。
「D」 計画の実践	職員間の連携強化対策としては、通院担当職員が臨時薬確認用紙に記入し、臨時薬があることを示す黄色カードを医務室の保管ラックに貼り、注意を喚起することにした。また、服薬チェック表の臨時薬記述にマークをつけ、与薬時に大きな声で服薬者氏名を確認し、与薬漏れを防止するとともに、服薬後に薬包を 1 件ずつチェックし薬の飲み残しがないことを確認した。服薬マニュアルの見直しについては、臨時薬の受薬から与薬までの流れを明記し、服薬マニュアルの改訂内容を係りごとに説明し、また、昼礼で全職員に説明し周知した。
「C」 実践の評価 結果	上記対策の結果、6 月 20 日から 7 月 21 日の 1ヶ月間の評価の結果、服薬事故は 0 件であり、6 月 16 日以降発生していない。また、服薬漏れを実現するための、連携の必要性を強く職員が自覚し、意識を共有することに繋がったことが評価できる。活動の成果を評価し、課題を整理して、8 月 31 日の主任者会議で次の対策を決定する予定である。
「A」 結果をふま えての改定 計画	服薬もれ対策を講じた後の、評価期間が短く評価結果を判断するには不十分である。8 月末まで現状の評価を継続し、その結果により、つぎの対策の課題を明確にする予定である。今回の取り組みで、生活自立支援、社会自立支援の係りごとの特性に応じた、きめ細かなマニュアルの必要性が指摘されており今後の課題である。服薬漏れ対策の職員連携とマニュアルの見直しをしたことで、職員が連携してひとつの目標を達成することの重要性を考え、認識する機会となった。

<第三者評価コメント>	服薬漏れという喫緊の課題に対し、全職員が課題意識を共有し取り組んだことを確認した。活動の成果を継続的に評価し、課題を整理し次の改善計画を策定し、活動を継続することが望まれる。
--------------------------	---