

# 福祉サービス第三者評価結果

事業所名 社会福祉法人清和会 三浦しらとり園

発効:平成25年6月19日(平成28年6月18日まで有効)



公益社団法人 神奈川県社会福祉士会

## 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結果

### 1. 事業所基本事項

フリガナ	しゃかいふくしほうじんせいわかい みうらしらとりえん
事業所名 (正式名称を記載)	社会福祉法人清和会 三浦しらとり園
事業所種別	福祉型障害児入所施設
事業所住所 最寄駅	〒239-0842 横須賀市長沢 4-13-1 京浜急行 線 長沢 駅下車 バス ・ <span style="border: 1px solid black;">徒歩</span> 10分
事業所電話番号	046-848-5255
事業所 FAX 番号	045-848-5258
事業所代表者名	役職名 施設長 氏 名 浅井一志
法人名及び 法人代表者名	法 人 名 社会福祉法人清和会 法人代表者氏名 大嶋文夫
URL	<a href="http://www.kanagawa-id.org/seiwa/shisetu/shiratori">www.kanagawa-id.org/seiwa/shisetu/shiratori</a>
E-mail	<a href="mailto:miura.shiratorien@utopia.ocn.ne.jp">miura.shiratorien@utopia.ocn.ne.jp</a>
問合せ対応時間	原則 土・日・祝除く 8:30~17:30

### 事業所の概要 1

開設年月日	<span style="border: 1px solid black;">昭和</span> ・ 平成 58年4月1日
定員数	児童 40 (短期利用含む) 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 2階建ての1階
面積	敷地面積 (5,809 ) m <sup>2</sup> 延床面積 (2,182 ) m <sup>2</sup>
居室あたり的人数 (入所施設の場合のみ)	個室 (8) 室/二人部屋 ( ) 室/三人部屋 ( ) 室/四人部屋 (8) 室

### 事業所の概要 2 (職員の概要)

総職員数	40 名 (兼務) 利用者数 33 名 (加齢児含む)
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) 生活支援員 (常勤 28名・常勤以外 名) 看護職員 (常勤 4名・常勤以外 名) 理学療法士 (常勤 1名・常勤以外 名) 栄養士 (常勤 1名・常勤以外 名) 医師 (常勤医 1名・嘱託医 名) その他 (事務員 4名 調理員 業務委託)

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門家を招いてのカンファレンスの実施</li> <li>・ 実習生の積極的受入れ (開かれた施設運営)</li> <li>・ 被虐待児発達障害児に対する対応             <ul style="list-style-type: none"> <li>①強度行動障害対策事業専任支援員</li> <li>②心理職員との連携</li> <li>③通学へのボランティアの導入、学校数が多いが、丁寧な連絡調整</li> </ul> </li> <li>・ ヒヤリハットの取組み (委員会活動)</li> </ul>
---	---

## 第三者評価結果

### 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）

##### 施設の概要：

三浦しらとり園は、横須賀市の京急線長沢駅から徒歩 10 分程度の緑豊かな自然の中にある。障害者支援の複合施設として重い障害を持つ児童や成人の入所・通所の支援を行っている。昭和 38 年に神奈川県立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施設運営を開始した。平成 23 年 4 月から社会福祉法人清和会が指定管理者として施設運営を引き継ぎ現在に至っている。鉄筋 2 階建の施設で園内に大きな体育館やプールを保有し、地域住民にも開放している。知的障害児入所（定員 40 名）、成人入所（定員 88 名）、通所生活介護（定員 95 名）、自立訓練（定員 6 名）及び短期入所（定員 24 名）の事業を運営しており、知的障害児分野が今回の第三者評価の対象である。

園の理念に「一人ひとりの意思を尊重します。」「一人ひとりの豊かな生活を実現するよう努めます。」「一人ひとりよりよい地域での生活をめざします。」を謳っている。理念に基づいて利用者の人権尊重や利用者や家族に配慮した個別支援計画の策定とその着実な実行等を基本方針に掲げている。平成 24 年度年間運営計画の重点目標に、県立時代に蓄積された支援・運営を確実に引き継ぎ、民営の良い面と融和させることによって更なるサービスの向上を目指すことを明記し、日々の利用者支援に務めている。

##### 優れている点：

- ① 利用者の人権尊重を施設運営の基本方針に謳っている。平成 24 年度の重点課題に、利用者の人権擁護・虐待防止への取り組みを推進しサービスの向上に努めることを掲げている。人権委員会を立ち上げ人権パンフレット「生きているっていいなⅣ」を作成し、利用者が自らの意思で行動し豊かな生活ができるように支援することや、人格を傷つける行為をしないことなどを利用者や家族に伝えている。職員の言葉遣い及び態度マニュアルを作成し、相手の感情に寄り添う温かい態度と熱心に利用者の声に耳を傾けることの大切さを職員に周知している。また、身体拘束ゼロマニュアルを作成し、車椅子やベッド、衣類等拘束に繋がる事例を明記し拘束をしないことへの注意を喚起している。特に知的障害者への虐待につながりやすい罰としての拘束や、薬物拘束などを行わないことを明記し職員に徹底している。
- ② 利用者一人ひとりの障害特性に配慮した個別支援計画を策定している。平成 24 年度年間運営計画の重点課題に個別支援の充実を掲げ、栄養ケア計画、リハビリテーション計画を含め、利用者・家族の意思を尊重し、本人のストレングスに沿った個別支援計画を作成することを明記している。個別支援計画作成及び運用マニュアルを整備し、ケアマネジメントの手法によるアセスメントやモニタリングの内容について詳細に規定している。アセスメントでは特に学齢期の児童の特質に配慮し、本人の本来もつ能力や強さのプラス面の視点で利用者ニーズを把握するようにしている。個別支援計画の策定に際しては、利用者自身の努力目標ではなくどのような支援を行えば利用者の生活が豊かに広がるのかに視点を置いて個別支援の課題を設定している。また、半年ごとにモニタリングを行い、個別支援計画の課題ごとに実績を評価し、利用者の変化の状況を注意深く観察し次の計画に活かすようにしている。
- ③ 医療と福祉の連携を図り、利用者が安心して日常生活を送れるように支援している。湘南病院と連携し、園内に診療所を開設している。診療所には月曜から金曜日まで医師が常駐し随時利用者を診察し、また、内科検診や歯科検診など毎年 10 種類以上の定期検診を行っている。夜間や休日は湘南病院本院と連携し緊急時の対応体制を整備している。歯科医が利用者の口腔ケアを指導し嚥下障害の利用者の食形態等を指導している。健康管理マニュアルを作成し、利用者の障害特性に応じた健康管理に努めている。利用者一人ひとりの健康カードを作成し、利用者の発作の対応や食物アレルギーに関する情報など、食事や服薬に関する利用者の日常生活における留意点を明記し職員に周知している。受診に際しては健康カードを携帯し、また、医師の指示内容を診療連絡簿に記録し職員に周知し医療情報の共有を図っている。
- ④ 1 人ひとりの特性に配慮した強度行動障害者への支援に努めている。神奈川県の高強度行動障害事業の実施施設としての取り組みを推進しており、強度行動障害事業専任職員等の担当職員を配置し強度行動障害に特徴的な自傷・他害の行動などの障害の軽減化を図るとともに、利用者・家族等へ

の相談や助言を行っている。平成 24 年度施設の運営計画に、行動障害の基本的支援技術や地域ニーズに対応したスキルの向上を図るべく積極的に外部・内部の研修受講を明記している。平成 23 年度は、特に支援の難しい知的障害者に対し、26 名（内児童 13 名）を強度行動障害の対象者にさだめ、138 回（内児童 55 回）のカンファレンスと 297 件（内児童 45 件）の個別支援を実施したことを事業報告書に明記している。また、年間 14 回延べ 30 名を超える職員が外部の事例研修や実地研修に参加し、強度行動障害に対する支援技術の強化を図っている。

- ⑤ リスクマネジメント委員会を毎月開催し、毎月のインシデント報告書の内容を分析し事故防止に努めている。毎月リスクマネジメント便りを発行し、インシデントや事故報告の時間や場所、インシデントの内容をグラフ化して職員に周知している。また、利用者別にインシデント報告の内容を分析し、対応や対策を一覧表にして職員に周知している。平成 23 年度は施設全体で 2107 件のインシデント報告があり、報告の意識が職員に定着していることが伺える。また、事故報告は 74 件で、前年より 15 件の削減を図ることができた。職員は、リスクマネジメント委員会の通達事項を寮会議で検討し、薬ケースのセットのダブルチェックの徹底など、インシデント分析に基づくリスクマネジメント委員会の指摘事項への対策を話し合い事故防止に努めている。

評価領域ごとの特記事項

1	人権への配慮	<ul style="list-style-type: none"> <li>○人権パンフレット「いきているっていいなⅣ」「職員言葉遣い及び態度のマニュアル」を作成し職員に周知している。その中には、個人の人格を尊重し利用者の呼称は「さん」付けで行うことが明示されている。「ちゃん付け」などに気づいた時には職員同士で声掛けをし、注意を喚起している。</li> <li>○人権委員会を隔月に開催している。年 1 回人権委員会が中心となり、人権アンケートを実施し、各セクションで課題を設定し一定期間課題に基づき支援を行った後、追跡アンケートを実施している。人権委員会による身体拘束ゼロマニュアルが作成されており、行動制限を行わないことや止むを得ず実施する場合の事由や対応について明示している。</li> <li>○排泄時には外部から見えないようドアやカーテン、スクリーンを使用し、プライバシーが守られるように配慮している。入浴時や清拭時にはドアやカーテンを閉めることにしており、プライバシーが守られている。排泄、入浴は同性介護を行っている。</li> <li>○個人情報保護規程を作成し、個人情報とは何か、利用目的による制限などについて明示している。また、守秘義務について記されており、新任研修や朝の会、引継ぎの申し送り、職員会議の場において全職員に周知している。利用者の前で他の利用者個人に関わる話をしないように注意している。</li> </ul>
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"> <li>○児童の希望や要望を聞き、ニーズの把握に努め個別支援計画に反映している。親と外出がしたい、おいしいものが食べたい、高校へ行きたい、調理がしたいなどさまざまな要望を聞いて利用者の意向の実現に努めている。言葉で話すことの出来ない利用者の要望は日常生活の中で職員が読み取り、職員間で話し合いをしながら利用者のニーズを確認している。</li> <li>○出来るだけ利用者の持っている力を発揮できるよう、個別支援計画の作成にあたり、エンパワメントの要素を取り入れている。利用者自身の要望に応じ洗濯、配膳、掃除など自らの行動計画をたて、自身の力で目標を達成することが出来るよう支援している。</li> <li>○個別支援計画は初回は 3 ヶ月後にその後は 6 ヶ月ごとにモニタリングを行っている。モニタリング表を使用して、個別支援計画作成担当者が利用者一人ひとりと面接を実施している。心理士が定期的に児童に面接し、児童の思い</li> </ul>

		<p>を聞いて個別支援計画策定の助言をしている。日々の生活の場でも利用者の様子を観察したり、話し合いを行いながら利用者のニーズや思いの把握に努めている。</p> <p>○食事支援、入浴支援、排泄支援、健康管理等日常生活支援に関するマニュアルが整備されている。マニュアルは寮の職員室に配置し職員は必要に応じて見ることができる。また、事務所のパソコンでいつでも確認できるようになっている。</p>
3	サービスマネジメントシステムの確立	<p>○法人の苦情解決規程があり、苦情受付担当者や苦情解決責任者の設置及び苦情解決の手順などについて明示している。苦情解決責任者と苦情受付担当者を掲示し利用者や家族に周知している。苦情の記録は苦情受付記録表に記載し、苦情解決委員会で話し合い対策を講じている。また、第三者委員3名の連絡先をプリントし利用者に配付し、いつでも第三者委員に相談できることを伝えている。また、オンブズマン制度が設置されており、年10回オンブズマンが訪問し、第三者として利用者の相談を受けている。</p> <p>○ヒヤリハット報告の仕組みを整備し事故防止に努めている。ヒヤリハットの報告が出た場合には、朝の会や職員会議で職員に注意を喚起し、また月1回、リスクマネジメント会議で集計を行い、対応や対策について話し合い、その結果は全職員に周知している。</p> <p>○「感染症対策マニュアル」を職員に周知している。実際に発生した時は、感染症対策委員会を速やかに立ち上げ、園内診療所の医師、看護師、近隣小・中学校と連携し早急な対応に心がけている。</p> <p>○防災マニュアルを整備している。毎月の避難・防災訓練の設定を変えいろいろなケースを試みることで、緊急時の対応力が身につくようにしている。現在地域福祉避難所に指定されている。</p>
4	地域との交流・連携	<p>○自治会と連携し広報や公開講座のチラシは自治会を通して配布している。消防署には避難・防災訓練を中心に指導の協力を得ており、訓練結果の報告書を提出している。商店街とは利用者が日中活動で買い物に行ったり、見守りをお願いしたりしているので、気づいた情報を提供してくれている。</p> <p>○ボランティア活動は活発で、15程度のグループが活動している。長い活動歴で県社会福祉協議会から、ボランティア功労賞を受けたグループもある。清掃・縫製・通学支援など日常的な支援の他に納涼祭等の行事にも活動しており、ボランティア懇談会を企画し、要望を聞き対応したり、長年の功労者には園でも表彰状を贈る等、ボランティアとの連携を深めている。</p> <p>○連合自治会や地域の各自治会の行事（盆踊り、ふるさと祭り等）に場所を提供し、園も参加して交流を深めている。プールも利用者が使用していないときは、地域住民に開放している。</p> <p>○毎年、公開講座を企画し、チラシ、園だより、ホームページ等で呼びかけ、地域の人たちに公開している。内容は「自閉症の特性」や「問題行動のとらえかた」などの研修会で、地域の一般の方も関心をもって参加してくれている。また、オープンディに「車椅子体験」を企画するなど、福祉を理解してもらう試みをしている。</p>
5	運営上の透明性の確保と継続性	<p>○サービス向上委員会と人権委員会で、1年に1回全職員対象に自己評価アンケートを実施している。内容は第三者評価の設問を参考にしている。アンケートの結果を県に報告し、振り返りとサービスの質の向上を目指す取り組みをしている。</p> <p>○家族会は毎月開かれ、自己評価結果を家族会で報告している。利用者・家族向けの「園だより」にも、要約して掲載している。2008年度に本部が福祉サービス第三者評価を受審しているが、公表されていることを利用者や家族に知らせている。自己評価結果などを受けて取り組んだことを、年4回発行の「リスクマネジメント通信」等で家族や利用者には知らせている。</p> <p>○家族会に「神奈川県立障害者福祉関係施設指定管理者評価報告書」を報告するとともに、事業報告書に記載してホームページに公開している。前回、本部が受審した第三者評価結果も公開されている。指定管理者になってからは、「神奈川県立障害者福祉関係施設指定管理者評価報告書」がインターネットで公開されている。</p>

<p>6</p>	<p><b>職員の資質向上 促進</b></p>	<p>○外部研修や内部研修に積極的に取り組んでいる。平成 23 年度実績では、施設全体で自閉症や強度行動障害等 30 を超える研修会を受講し、また、内部研修では障害者支援の事例研究会など 30 種類の各種研修を実施している。職員は障害特性についての研修、虐待防止、事例研究など多くの研修に参加していて、必ず報告書を提出し、全職員で回覧し研修の成果を共有している。</p> <p>○新任・転任研修ではまず施設理念・方針について説明している。また、各種委員会活動でも、すべて理念・方針に基づいている。全員配布の人権パンフレット「いきているっていいなⅣ」の最初にも理念・方針を掲げ職員は所持している。園の事務所、寮の職員室、会議室などには理念・方針が掲示され職員に周知している。</p> <p>○ケース検討会を年複数回開くほか、児童課独自で児童相談所での体験学習や、心理職員による被虐待児童援助研修等で、面接技術の向上を図っている。</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	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		

3-2. 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	<p>当園の食事には普通食・一口大・キザミ食・超キザミ食・ミキサー食・ソフト食の食事形態で利用者へ提供しています。また、医師の助言の基、必要な利用者へは減塩・低脂肪・糖尿にも対応も行えます。各寮職員と栄養士、看護師、管理職からなる保健・食生活委員会があり、食事支援方法や雰囲気作り、食事支援時に起こりやすい事故防止のための研修や、摂食調査等を行っています。</p> <p>利用者の「話そう会」等を利用し、利用者の要望を集約しバイキングをはじめ、月1回の誕生日メニュー・季節ごとの食材を取り入れる等、献立作成に対して工夫を行っています。利用者への食事支援については、食席や食器の工夫を行い、不定期ですが外食も実施しています。</p>	<p>①栄養ケアマネジメントに関するマニュアルを整備し、半年ごとに管理栄養士を交えて栄養ケアカンファレンスを行い、個別支援計画に食事支援の課題を明記している。また、半年ごとにモニタリングを行い、個別支援計画の課題に沿って実績を評価し次の計画に反映している。週に4回歯科医が往診し利用者の口腔ケアを指導し、食形態など摂食に関する指示や助言を行っている。医師の助言を診療連絡簿に記録し個別支援計画に反映している。以上をヒアリングと栄養ケア計画書及びモニタリングの事例で確認した。</p> <p>②利用者ごとに食べ残しをチェックし嚥下状態など摂食状況を健康チェック表に記録している。職員は利用者の体重の増減や嚥下の状況、食事のペースの変化を把握し医師の助言を得て利用者の食事支援を行っている。糖尿病の利用者には、食事の量や味付けに配慮した食事を提供している。また、アレルギーの利用者等の禁食に対応した食事支援を行っている。自閉症のこだわりの強い利用者については、おかずの並びや食べ物を口に運ぶ順序にも注意を払い、安心して食事ができるように職員は利用者の食事の状況を見守っている。以上をヒアリングと健康チェック表の記述で確認した。</p> <p>③寮長や管理栄養士等施設の各部署の代表者をメンバーとする保健・食生活委員会を設置し、年に6回定期的に委員会を開催し利用者の嗜好を踏まえた安全で豊かな食生活の推進に努めている。食事支援マニュアルを整備し、食品アレルギーや誤嚥、喉に詰まらせた場合の対応等について明記し事故防止に努めている。以上をヒアリングと食事支援マニュアルの記述で確認した。</p> <p>④利用者の自治会で話し合った食事のメニューに関する要望や意見を食事に取り入れるようにしている。利用者アンケートを実施し、利用者の好みをバイキングのメニューに取り入れている。週に2回は選択メニューを実施し、また、年に4回程度はファミリーレストランや寿司などの外食を楽しんでいる。地域の畑でとれた季節の野菜を使用し、温冷配膳車で温かいものは温かく、冷たい食べ物は冷たくして利用者が美味しく食事ができるように配慮している。以上をヒアリングで確認した。</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
入浴支援の取り組み	<p>脱衣所には、温度差の軽減を図り、浴室には段差を解消する等のバリアフリー化を行いました。</p> <p>入浴支援については、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。</p> <p>また、原則週3回以上の入浴サービスが提供され、浴室に職員2名で利用者5、6人が一度に入浴を行っています。</p> <p>利用者の健康状態を含め、入浴当日の予定者の顔色や様子を見ながら判断し実施しています。</p> <p>また、寮での対応は異なりますが、男子寮では入浴日以外に足洗いや清拭を実施し、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。さらに女子寮では、毎日小浴槽での入浴やシャワー浴を行い、各寮とも清潔に保てるように配慮しています。</p>	<p>①浴槽は清掃が行き届いて清潔である。脱衣場はドアを閉めてパーテーションやカーテンで仕切り、利用者のプライバシーの保護に努めている。また、利用者の希望や障害特性に応じて一般浴槽と個室の浴槽を使い分けている。入浴時は脱衣場と浴室の温度差がないように予め調整し、利用者が気持ちよく入浴できるように配慮している。以上をヒアリングと浴室の観察で確認した。</p> <p>②入浴支援マニュアルを作成している。マニュアルには発作を持つ人の入浴事故の防止や入浴時の転倒に関するインシデントレポートの視点などを明記し、職員に周知している。また、入浴支援は必ず同性介助の複数職員で行い事故防止に努めている。以上をヒアリングと入浴支援マニュアルの記述で確認した。</p> <p>③週3回、午後6時半から8時までの入浴を基本にしているが、自閉症の利用者には個別のこだわりを配慮している。利用者ごとに担当職員をきめて入浴介助を行っている。入浴介助が必要な利用者が7名いてそのうち3名は全介助が必要である。一般浴の他に女子は個室の設備があり、週7日毎日入浴が可能である。以上をヒアリングと勤務対応表で確認した。</p> <p>④毎朝利用者の登校時に検温し利用者の体調の変化を把握するようにしている。また、学校とは連絡ノートでその日の本人の体調を確認し、入浴が可能かどうかの判断をしている。皮膚疾患のある利用者は個別浴槽を使用し、アトピーの利用者には個別の支援マニュアルを作成しリラックスして入浴できるように配慮している。以上をヒアリングで確認した。</p> <p>⑤男子寮では週3日（火、木、土）の入浴日以外は足洗日とし、利用者の希望に応じてシャワー浴を行っている。女子は週3日（月、水、金）の一般浴の他に4日（火、木、土、日）の女子専用の個室が可能である。利用者ごとに曜日を決めてゆっくりと入浴できるようにしている。以上をヒアリングで確認した。</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 の取り組み</p>	<p>「健康管理マニュアル」「運営計画」における利用者検診計画があります。</p> <p>また、利用者全員の「利用者健康カード」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。</p> <p>さらに「飲み薬の管理・保管及び与薬マニュアル」があり、与薬については、「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。</p> <p>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っています。また、その結果については委員が各寮会議にて報告を行い、委員内の広報係にて分析した結果を踏まえてニュースを発行したり標語を作成する等、注意喚起を促しています。</p>	<p>①健康管理マニュアルを整備している。健康カードや健康チェック表を使用して利用者の日々の健康状態を把握し、診療所との連携を図り、障害特性に応じた健康管理に努めることを明記している。平成24年度の年間運営計画に年度の検診計画を明記し、利用者全員を対象に内科や歯科など10を超える検診項目の実施の予定と検診機関を定め、病気の早期発見と早期治療に努めている。</p> <p>以上をヒアリング、マニュアルの記述及び平成24年度年間運営計画で確認した。</p> <p>②健康カードには利用者の既往歴と発作の状況及び薬や食物のアレルギーに関する情報などを明記し、受診時に携帯するようにしている。また、食事や服薬等利用者の日常生活における支援の留意点を明記し職員に周知している。毎年定期的に健康カードの内容見直しを行っている。以上健康カードの記述例で確認した。</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、保健・食生活委員会とリスクマネジメント委員会が連携し誤与薬防止に努めている。薬の受け取りから与薬トレーへのセット、方法、臨時薬の取り扱いなどについて明記している。職員は自己点検・与薬の基本動作チェック表を使って事故防止に努めている。以上をヒアリングと与薬関連のマニュアルで確認した。</p> <p>④夜勤の担当職員が1週間分の薬を看護師から受け取り、引き渡し・受取チェック表を使用して利用者個々のセットボックスに薬を分けている。錠剤の数をケースの底に明記し職員二人がチェックし配薬ミス防止している。与薬日の朝再度薬の内容をチェック表に基づき確認している。また、別の職員が服用後の薬のケースをチェックし薬が正しく服用されていることを確認している。以上をヒアリングで確認した。</p> <p>⑤リスクマネジメント委員会において毎月誤与薬等に関するインシデント報告の内容を分析し事故防止に努めている。平成25年1月のリスクマネジメント便りに、与薬に関するインシデント報告が多い時間帯を指摘し、夜勤者の薬セットの注意を喚起している。また、インシデント報告に基づき利用者個々人の与薬や薬の管理についての事故防止対策の実施内容を明記し、月2回の各寮会議で取り上げ全職員に周知している。以上をヒアリングとリスクマネジメント便りの事例で確認した。</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>保健・医療管理支援の取り組み</p>	<p>当園では、社会福祉法人湘南福祉協会に委託し、利用者に対する外科・内科・耳鼻科・整形外科・精神科等の専門医が担当日に毎週来園し医療的なケアを実施しています。</p> <p>また、歯科医師が週に4回来園し、定期健診を含め口腔ケアを実施することができています。この他、小児科専門の病院へスムーズに受診できるよう、地域の医療機関とも連携を行っています。薬が処方された際には、利用者に合わせて錠剤・粉末状の薬を選択できる等の工夫がなされています。</p> <p>保健食生活委員会を設置し、常に情報交換等をする中で、園内の健康管理の推進に取り組んでいます。</p>	<p>①社会福祉法人湘南福祉協会湘南病院と連携し、園内に湘南病院の診療所を開設している。診療所には月曜から金曜日まで医師が常駐し歯科、内科、耳鼻科、眼科等の診察や定期検診を実施している。夜間や休日の緊急時の対応体制を整備し、入院を要する利用者の殆どを湘南病院で受入れている。また、診療所の整形外科医の協力のもと園の理学療法士を中心にリハビリテーション体制を整備している。以上を平成23年度事業報告書及びヒアリングで確認した。</p> <p>②園内の診療所に歯科医が週に4日は常駐しており、利用者の診察にあたっている。また、週に1回、歯科衛生士が利用者の口腔ケアを指導している。糖尿病など利用者の身体状況に応じた食形態について診療所の歯科医の助言を受け個別支援計画に反映し利用者個々の栄養ケアを推進している。以上をヒアリングで確認した。</p> <p>③園全体では平成23年度を受診は延べ6393件に及び、最も多いのは精神科の受診で、1814件である。次に歯科医が1729件、内科受診が1386件である。その殆どを園内の診療所及び湘南病院で対応している。児童課には医療的ケアが必要な糖尿病の利用者が1名いて、個別マニュアルを作成しインスリン注射等の医療的処置を実施している。以上をヒアリング、平成23年度事業報告書で確認した。</p> <p>④保健・食生活委員会が主体となり感染症対策マニュアルを整備している。感染症発生時の対応体制を明記し、インフルエンザやノロウイルスなど18種類の感染症発生時の対策や医師による治癒の診断等について職員に周知している。また、新型インフルエンザ発生時対応マニュアルを整備し、発症者や濃厚接触者への緊急時対応等について詳細に規程し診療所や入所児童が通う特別支援学校と連携し適切な対応に努めている。以上をヒアリング及び感染症マニュアル等で確認した。</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
地域生活支援の取り組み	<p>基本理念の一つに「よりよい地域での生活をめざします」が明記され、「地域生活移行プラン」が作成されています。</p> <p>また地域生活移行支援委員会が地域移行に向けた取り組みを検討しています。児童に関しては実習や日々の生活支援、自活訓練棟を利用し生活訓練を通して将来の生活に向けての意識付けも行っており、</p> <p>地域の事業所のグループホーム、ケアホームへの見学会や体験入居等も実施しています。その際、見学時の様子をビデオや写真などで記録を撮り、地域での生活を利用者へ啓発する試みも行っていきます。</p> <p>また、グループホーム等へ移行された元利用者が来園し、在籍している利用者へ社会での暮らしについて話をし、自立に向けた意識付けなども図っています。</p>	<p>①施設の理念に一人ひとりのより良い地域での生活を目指すことを掲げ、利用者の地域移行を推進している。児童入所施設の入所期限もあり、地域生活移行プランを作成している。利用者の将来の生活見据え、利用者や家族の希望を尊重し、また、学校や児童相談所及び各種の支援機関と連携し、1～3年の地域移行に向けての具体策を明記している。以上をヒアリング、地域生活移行プランの事例で確認した。</p> <p>②月に1回、しらとり地域生活移行支援委員会を開催し、利用者・家族の地域移行に関するニーズを把握し、ケアホームや入所施設の空き情報を収集し利用者への情報提供に努めている。また、現在9名いる18歳以上の利用者の移行対策を推進している。平成23年度は児童課高等部3年生3名全員のグループホーム等への地域生活移行が実現している。以上をヒアリングで確認した。</p> <p>③平成10年に完成した自立訓練棟ヴィラしらとりを活用し利用者の地域生活に向けての体験利用を実施している。ヴィラしらとりは4LDKの住居で、土日や特別支援学校の休みを利用し、3日間程度の体験利用を実施している。平成23年度は4名、24年度は1名の入所児童が利用している。体験利用に際しては、生活の状況等をビデオや写真で説明し利用者が不安を感じないように配慮している。また、年に2回程度地域移行の経験者が施設を訪問し、地域生活の経験などを利用者へ説明する機会を設けている。以上をヒアリングで確認した。</p> <p>④利用者の地域移行後のアフターフォローに力を入れている。サービス班を設け、移行後1ヶ月、半年、1年後に本人を訪問し移行先での状況を確認している。移行先の事業所と連携し、計画的なアフターフォローに努めている。以上をヒアリングで確認した。</p>

### 3-3. 利用者への調査

#### ～ 利用者（家族）アンケート調査をした結果です ～

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 25 年 1 月 7 日 ～ 平成 25 年 1 月 28 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 34 通 : 返送通数 18 通 回収率 52.9 %

#### (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 78%で、次いで、父・母の合計が 17%となっている。
- 利用者の年齢については、20 未満の合計が、89%となっており、20 歳代が 6%, 30 歳代が 6%となっている。
- 事業所のサービスの全体の満足度については、「とても満足」「満足」の合計が 33%となっている。「不満」と答えた人は 11%、「全体的にやや不満である」11%、「全体的に満足しているが、一部改善して欲しい」が 39%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 22%で次に、「元気になった」17%、「落ち着きが出てきた」が 11%となっている。「利用したくないと思うようになった」が 22%、「不満が多くなった」が 11%であった。  
個別項目では、多くの満足がある反面、38 項目の内 11 項目について、約 3 割以上の方が不満・やや不満を示している。
- 自由意見では、良い点：12 件、改善して欲しい点：8 件、その他の意見が 5 件の計 25 件の意見が寄せられた。
- 良い点の自由意見では、「施設内に診療所、歯科がある」「健康面の配慮を十分にしてもらえる」、改善して欲しいところは、「外泊を多くしてほしい」「相談しやすい雰囲気してほしい」などが挙げられていた。

#### 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です ～

取り組み	行動障害利用者の特性に合わせた個別支援の取り組み	取り組み期間	H24.11.1 ～H25.1.31
------	--------------------------	--------	-----------------------

PDCA	取り組みの概略
「P」 目標と 実践計画	<p>① Aさん(男性 20 歳、療育手帳 A1)は重度知的障害者で通常会話はできない。平成 14 年に当施設に入所し 10 年が経過している。1 年前前からイライラ感が高じ窓ガラスを壊したり、他の子どもを噛んだり、突き飛ばしたりする自傷・他害行為が見られるようになった。</p> <p>② チームを編成し A さんの障害特性を把握し、本人に合った支援の取り組みを図ることを目的に、発展的サービス評価の活動を実施することにした。</p> <p>③ 上記を推進するために以下の長期、短期目標を設定し、活動を開始した。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 長期目標：利用者の障害特性に応じた支援を職員間で共通認識を持ち、落ち着いた生活を送れるように支援する。</li> <li>・ 短期目標：生活行動の記録を取りながら、どの時間帯・場所・状況に要配慮行動が多く表れているのかを分析する。</li> </ul>
「D」 計画の実践	<p>目標達成に向けて以下の課題を設定し活動を推進した。</p> <p>① 支援チームを編成し、一日の生活の時間を追って本人の行動を観察し、どの時間帯に自傷・他害の行動が多いのかを把握し記録することにした。施設の強度行動障害事業専任職員および心理士が参加し担当職員でチームを組み、毎日の本人の行動について時間を追って観察し、本人がイライラしたり他の利用者を突き飛ばしたりする行動を時間を追って○×表記で記録した。また、自傷・他害発生時の本人の状況をケース記録に詳細に記録しパソコンに登録した。</p> <p>② チーム及び職員間の情報共有を図り、職員間の支援の統一性を図り本人に不安感を与えないようにすることに配慮し、引き継ぎノート、連絡ノート及びパソコン上のケース記録を活用し、職員間の情報共有を図った。随時チーム会議を開催し職員間の情報共有を図り、また、寮会議で全職員に周知した。</p> <p>③ 上記記録を分析し、また外部専門家の助言を得て本人の行動の特徴に配慮した支援を行うことにした。本人は時間を意識することや場面を読むことが苦手であること、電車を見に行ったり、散歩の時など本人が好きな事をやっている時間は気持ちが安定し、自傷・他害の行動が見られないことが状況分析の結果明らかになった。自身の部屋では袋詰めや洗濯鉢みの整列等の作業を喜んで行うことなどに配慮し、一日の生活の中でできるだけ本人の好きな時間を多くすることに努めた。</p>
「C」 実践の評価 結果	<p>① 当初 3 日に 1 回程度あった自傷・他害の行動が少しずつ減少し、3 ヶ月後には月に 3 回程度に減少した。</p> <p>② 活動期間中施設の強度行動障害事業に関するアドバイザーである外部専門家の助言を得る機会を設けた。そこで本人のプラス面を強調した生活支援プログラムの必要性の指摘があり、助言に基づいて活動を推進した。</p>
「A」 結果をふま えての改定 計画	<p>① 本人ができないことの改善に視点を置くのではなく、本人ができることに視点を置いた生活支援が必要である。本人に寄り添いできることを強調することで、イライラ感が少なくなり結果的に自傷・他害の行為の減少に繋がることになる。本人のプラス面を強調した生活スタイルを支援するプログラムを整備し今後の支援に活かすことが継続的課題である。</p> <p>② 職員の支援のばらつきが本人のイライラ感に繋がることもある。職員が本人に最適な支援の在り方について相互に意見を出し合い、情報を共有することで、本人が安心して生活を送ることにつながる。職員間の情報共有の一層の改善を図ることを継続的課題とする。</p>

#### <第三者評価コメント>

強度行動障害者の個々の障害特性に合った生活支援という大変困難な課題の取り組みの事例である。平成 23 年度は施設全体で 13 回の強度行動障害事例研究会に延べ 32 名の職員が参加し、行動障害に関する専門知識の修得に努めており、施設としても強度行動障害への対応に力をいれている。今後も障害者 1 人ひとりの特性に応じた支援技術の一層の向上を図り、強度行動障害者 1 人ひとりの日々の生活の安定化に繋がることを期待したい。