

# 福祉サービス第三者評価結果 (グレード2)

事業所名 社会福祉法人浄泉会 やまほと学園

発効：平成30年3月29日（平成33年3月28日まで有効）

公益社団法人神奈川県社会福祉士会

公益社団法人神奈川県社会福祉士会 第三者評価

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(生活介護定員 60 名、施設入所支援定員 60 名) 短期入所事業定員 2 名、日中一時支援定員 5 名、相談支援事業、 神奈川ライフサポート事業
事業所住所最寄駅	〒259-1322 神奈川県秦野市渋沢2620-2(小田急線 渋沢駅)
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 法人代表者名 理事長 西田 精吾
URL	<a href="http://yamabato.org/">http://yamabato.org/</a> e-mail yamabato@galaxy.ocn.ne.jp
問合せ対応時間	8:30 ~17:30

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階建て
面積	敷地面積3.055㎡ 延床面積1.988㎡
居室あたりの人数 (入所施設の場合のみ)	個室6室 二人部屋12室 3人部屋6室 4人部屋3室

事業所の概要2 (職員の概要)

総職員数	58 名
うち、次の職種に 該当する職員数	施設長 (常勤 1名) 相談支援職員 (常勤 1名・常勤以外 名) サービス管理責任者 (常勤 1名・常勤以外 名) 生活支援員 (常勤28名・常勤以外 6名) 看護師 (常勤 1名・常勤以外<医務補助>1名) 医師 (常勤 名・常勤以外 1名) 栄養士 (常勤 名・常勤以外 1名) その他(事務員<常勤2名 常勤以外3名>5名 調理員<常勤3名 常勤以外6名>9名 洗濯・清掃常勤以外3名)

事業所の理念・運営 方針	知的障害者の生活を支援しつつ、民間社会福祉事業として透明性、公明性、公正性、先駆性、独自性を発揮し、職員の資質向上を図るとともに、『やまばと学園信条』を基に、利用者様一人ひとりの個性と能力を十分に発揮し、自立への営みができるように、快適、安心、安全、楽しく、アットホームで満足して過ごせるサービス提供の実現を目指します。
-----------------	--

利用者の特性	やまばと学園の利用者様は障害支援区分が全員4以上(4:4名 5:19名 6:37名)と最重度の利用者様です。また、年齢も19歳から79歳と幅広く、平均年齢が43歳です。障害も強度行動障害を持つ自閉的傾向の強い方や統合失調症、車椅子利用の方や身体的に見守りが必要な方等様々です。高齢から若い方までが生活できる空間作り、自閉傾向の方に配慮した日課の構築、意思表示ができる利用者様の生活の工夫等、日々模索しながら支援に臨んでいます。
--------	---

# 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、改善すべき事項）

#### （優れている点）

①職員は、日中活動や食事、入浴、外出時などで見せる表情やしぐさ、声かけした時の言語によらないコミュニケーションを大切に、利用者の思いを推察している。希望する事柄が、本人が施設入所で経験した食事等の範囲にとどまる傾向があるため、外出の企画も食事以外に動物園や温泉に行くなど、様々な経験を積めるよう工夫している。また、ドライブや水族館などの写真やイラストなどを準備し、本人の意向を確認する一助としている。職員や場面により、本人が見せる表情が異なる。日々の申し送りに加え、どこでも閲覧可能なパソコンによる記録システムを活用するなど、支援員、看護師および栄養士などの情報共有に努めている。写真など視覚による意思確認の工夫をする一方で、目が不自由な利用者に対し、聴覚や触覚などを用いた意思確認の工夫に取り組む予定である。

②日々の関わりにおいて利用者の思いに寄り添い、本人ができた事を褒めるなど日常的にエンパワメントを意識した支援をしている。施設内での生活では経験できることは限られている為、利用者の可能性を引き出す事を意識し、動物園、コンサートやカラオケなど外出の企画を工夫している。また、自身が制作した品物の各種イベントでの販売など、新たな経験が本人の自信につながるように支援をしている。利用者の会議「かながわかいぎ」は、利用者が希望や意見を直接言える場となっている。

③職員は、利用者一人ひとりの個別性に配慮した支援に努めている。個人マニュアルを作成し職員間の統一した支援を心がけ、また、他の利用者への影響に配慮すべき事柄に注意するようにしている。個人マニュアルに利用者の障害特性、症状、食事や排泄等の生活能力、運動能力、本人の好き・嫌い、他者の気持ちへの思いやりができるかなど明記し職員に周知している。日々の利用者の状況の変化を支援日誌に記録し、職員間の情報共有を図っている。支援日誌は一日の時間の流れに沿って個々の利用者の生活面、健康面、情緒面の職員の気づきを記録している。また、毎月一月分の個々の利用者の支援内容を「生活支援サービス報告書」にまとめ、個別支援計画の目標や課題の月々の進展状況を把握するようにしている。

④各種チェック表を活用し利用者の状況の変化の把握に努めている。検温や血圧チェック表、運動チェック表、水分摂取、排便、入浴チェック表等がある。静養者は静養チェック表を作成し、一日の時間を追って細かに様子観察を行っている。ISO9001 品質マニュアルを作成している。フロアごとに品質目標実行計画を作成し、年2回達成率を評価している。達成率は利用者支援の各種チェックリストを活用し、達成率の定量的評価を行っている。平成28年度は運動チェック表を活用し、偏りのない支援をすることを品質目標に掲げ達成率は上期70%、下期80%の結果であった。

⑤常勤・非常勤職員全員がチャレンジシートによる人材育成の目標管理を実施している。チャレンジシートに、業務、能力・意欲向上に関するチャレンジ目標及び達成方法・手段を明記し、半期ごとに直属上司に面接し、達成状況に関する情報共有を図っている。職員は毎月チャレンジシートの自己評価を行い、直属上司のアドバイスを受けている。また、目標チャレンジ制度と連動し利用者の人権擁護や理念の実践等に関わる33項目のチェックリストを用いて、毎月の職員の自己評価を義務付け注意を喚起している。

#### （改善すべき事項）

①個別支援計画の記述レベルと質を保つため、計画作成の手引書やガイドラインなどを作成する等の工夫が期待される。また、個別支援計画について、本人が理解できる平易な表現により利用者参加による本人を交えた支援の振り返りと本人及び支援員の達成感が感じられる個別支援計画になるよう、書式の工夫が期待される。

②個別支援計画の記述内容について、意思表示の確認が困難な利用者が多いこともあり、作成する職員の思い込みや、家族の思いをそのまま反映しているところがあると思われる。利用者目線で観察し、エンパワメントやストレングスに着目した目標を作成し、個別支援計画に明記することが期待される。

③利用者の会議「かながわかいぎ」は、利用者が希望や意見を直接言える場となっているが、言語によるコミュニケーションが可能な3割程度の利用者の参加にとどまっており、利用者意思決定支援に向けて参加者拡大の工夫が期待される。

評価領域ごとの特記事項		
1	人権への配慮	<p>①日中活動や食事、入浴、外出時などで見せる表情やしぐさ、声かけした時の言語によらないコミュニケーションを大切にし、利用者の思いを推察している。外出の企画では、ドライブや水族館などの写真やイラストなどを準備し、本人の意向を確認している。職員や場面により本人が見せる表情が異なるため、記録システムを活用するなど、支援員、看護師および栄養士などの情報共有に努めているが、さらに非常勤職員との情報共有を課題と捉えている。</p> <p>②近隣に福祉オンブズマンの組織がなく、オンブズマンの利用には至っていない。成年後見制度は、家族への説明や支援を通じ、現在約8割の利用者が制度を利用している。人権委員会を組織し、全職員対象に年2回「人権アンケート」を実施、また、毎月「自己チェック表」による振り返りを通じて、人権侵害の防止を図っている。ISO9001、実習生に対するアンケートなど、第三者の視点でのサービス検証を実施している。</p>
2	利用者の意思・可能性を尊重した自立生活支援	<p>①日々の関わりにおいて、利用者の思いに寄り添い、本人ができた事を褒めるなど、日常的にエンパワメントを意識した支援をしている。動物園、コンサートやカラオケなどの外出、及び利用者自身が制作した品物の各種イベントでの販売など、利用者の可能性を引き出す事を意識した支援を心がけている。利用者同士の会議「かながわかいぎ」は、利用者が希望や意見を直接言える場となっているが、会話が可能な一部の利用者の参加にとどまっており、参加者拡大の工夫が期待される。</p> <p>②言語による意向の把握が困難な利用者については、日中活動や食事、入浴、外出時などで見せる表情やしぐさなどから思いを推察し、障害特性など全体像をとらえ個別支援計画を策定している。利用者一人ひとりについて、健康状態や身辺処理など具体的な支援内容を、「個人マニュアル」として取りまとめ、チームとしての支援の質の向上を図っている。個別支援計画の記述レベルと品質を保つため、計画作成の手引書やガイドラインを作成するなどの工夫が期待される。</p> <p>③個別支援計画の評価・モニタリングは半年ごとに実施し、利用者本人、家族や後見人の評価および意向を、新たな個別支援計画に反映させている。個別支援計画について、写真やイラストを用いるなど本人が理解できる平易な表現により、本人の意向を確認し、本人を交えた支援の振り返りなどにつなげる工夫が期待される。</p>
3	サービスマネジメントシステムの確立	<p>①利用者同士の会議「かながわかいぎ」で、食事に対する希望メニューと、希望に対する前月の対応状況を「献立リクエスト達成状況」として伝えている。また、会議で同室者への苦情など要望が出される場合がある。しかし、半数以上の利用者は会話がむずかしく会議に参加していないので、日々の生活の中で見せる表情などから要望を受け止めている。利用者の要望等に関する記録システムを工夫するなど、仕組みの整備が期待される。また、利用者が第三者委員に気軽に直接相談し、話を聞いてもらう仕組みが期待される。</p> <p>②個別支援計画は、利用者一人ひとりの障害特性や支援内容をとらえ、事故防止の視点を含め策定している。また、個別支援計画の支援内容も含め、利用者毎に健康状態や身辺処理、転倒などの事故防止も含めた具体的な支援内容を、「個人マニュアル」として取りまとめ、チームとしての支援の質の向上を図っている。</p>

4	地域との交流・連携	①地域のバザーや自治会主催の各種行事に積極的に参加し地域住民との交流を図り、地域住民の障害者の理解が深まるように努めている。各種施設の行事への地域ボランティアの参加を呼びかけている。秋祭りには40名程度のボランティアが参加している。また、毎月散歩ボランティアが利用者との交流を図っている。秦野防災自治会と応援協定を締結し、災害時の避難誘導の支援を依頼している。また、施設は避難誘導区域内住民の災害時の避難場所として施設を開放している。
5	運営上の透明性の確保と継続性	①年2回の個別支援計画のモニタリングの結果に利用者本人の意見を把握し反映しているが、言葉による確認が難しい利用者については、支援員の推察によっている。毎月、個別支援計画に沿った支援の進捗状況や日常の様子を「サービス支援報告書」として取りまとめ、家族及び成年後見人に報告し、その内容をモニタリングに反映させている。本人及び支援員の達成感が感じられるよう、個別支援計画の書式の工夫が期待される。併せて、図や写真を用いるなど個別支援計画を本人が理解できるように工夫し、本人によるサービス評価につながる対応が期待される。
6	職員の資質向上促進	①研修委員会を設置しキャリアアップを目指し研修計画を策定している。外部研修受講者は、研修の成果として施設で活用できることは何かを研修報告書に明記しフロア会議等で職員への周知を図っている。年度ごとに法人の経営方針を作成し、職員に求められる人材像を明記し、また、経営理念に基づく人権の尊重等、職員の利用者に対する基本姿勢を明記し職員に周知している。

## 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、自己評価と調査を行った結果です ～

評価項目1	個別支援にあたって、「アセスメント・計画策定」での事業所の取り組みに関して、＜1-G2-1＞から＜1-G2-5＞の5項目について、複数の職員で話し合いを行い、自己評価表を作成してください。
-------	--

### 評価機関による評価

<p>①職員は、日中活動や食事、入浴、外出時などで見せる表情やしぐさ、声かけした時の言語によらないコミュニケーションを大切にし、利用者の思いを推察している。希望する事柄が、本人が施設入所で経験した食事等の範囲にとどまる傾向があるため、外出の企画も食事以外に動物園や温泉に行くなど、様々な経験を積めるよう工夫している。また、ドライブや水族館などの写真やイラストなどを準備し、本人の意向を確認する一助としている。職員や場面により、本人が見せる表情が異なる。日々の申し送りに加え、どこでも閲覧可能なパソコンによる記録システムを活用するなど、支援員、看護師および栄養士などの情報共有に努めているが、さらに、非常勤職員との情報共有が課題と捉えている。写真など視覚による意思確認の工夫をする一方で、目が不自由な利用者に対し、聴覚や触覚などを用いた意思確認の工夫に取り組むことにしている。</p> <p>②施設が位置する湘南西地区には福祉オンブズマンの組織がなく、オンブズマンの利用には至っていない。成年後見制度は、家族への説明や支援を通じ、現在約8割の利用者が制度を利用している。毎日唱和している「やまばと学園信条」に則り、職員は利用者と同等の立場で専門性を活かした支援を心がけている。人権委員会を組織し、全職員を対象に年2回「人権アンケート」を実施、また、毎月「自己チェック表」による振り返りを通じて、人権侵害の防止を図っている。ISO9001、実習生に対するアンケートなど、第三者の視点でのサービス検証の機会を持っている。利用者間でのトラブルなど、具体的な支援場面を通じて、利用者にも人権意識を育む支援をしている。</p> <p>③日々の関わりにおいて利用者の思いに寄り添い、本人ができた事を褒めるなど日常的にエンパワメントを意識した支援をしている。施設内での生活では経験できることは限られている為、利用者の可能性を引き出す事を意識し、動物園、コンサートやカラオケなど外出の企画を工夫している。また、自身が制作し</p>
--

た品物の各種イベントでの販売など、新たな経験が本人の自信につながる支援をしている。利用者の会議「かながわかいぎ」は、利用者が希望や意見を直接言える場となっているが、言語によるコミュニケーションが可能な3割程度の利用者の参加にとどまっており、参加者拡大の工夫が期待される。

④言語による意向の把握が困難な利用者については、日中活動や食事、入浴、外出時などで見せる表情やしぐさなどから思いを推察し、障害特性など全体像をとらえ、担当支援員を交えたフロア会議で意見交換し個別支援計画を策定している。利用者一人ひとりについて、健康状態や身辺処理、情緒面での傾向や嗜好、具体的な支援内容を「個人マニュアル」として取りまとめている。支援員による支援内容の差異を少なくし、チームとしての支援の品質を保っている。また、個別支援計画を捉えた支援内容を、「個人マニュアル」でより具体的に明文化し個別の支援につなげている。個別支援計画の記述レベルと質を保つため、計画作成の手引書やガイドラインなどを作成する等の工夫が期待される。

⑤個別支援計画の策定に際し、言葉で意思表示可能な利用者については、直接意向を確認し計画に反映させている。言葉での確認が困難な利用者については、日常の表情やしぐさなどから意向を推察している。個別支援計画の評価・モニタリングは半年ごとに実施している。半年間の健康面、生活や作業の様子、変化や特記事項など整理し、利用者本人、家族や後見人の評価及び意向を、新たな個別支援計画に反映させている。外出先の希望確認で工夫している写真やイラストなどを活用し、個別支援計画について本人が理解できる平易な表現により本人の意向を確認し、本人の意思決定を支援し、本人を交えた支援の振り返りなどにつなげる工夫が期待される。

### 事業所による自己評価

<p>&lt;1-G2-1&gt; 重度の認知症や知的障害などにより、意思表示が難しい利用者の「本人自身から」の意向の把握について</p>	<p>自己評価の内容</p>	<p>意思表示の難しい利用者様が多い為、日々の生活の中で表情やしぐさ等を注意深く観察し、それぞれの利用者様の好き嫌いや楽しいことや嬉しいこと等を掴む努力をしています。また、写真やイラスト等の視覚的な道具を利用して意思確認に役立てています。利用者様のその時の様子や表情等から発見した情報は生活支援日誌に記録し、職員間で情報共有しています。かながわかいぎやみんなの声BOXという場があり、利用者様からの思いを伝えていきます。利用者様からの思いは、フロア会議や職員会議等で報告され、話し合い、情報共有しています。また、利用者様からの思いに耳を傾け、希望に沿った外出等が行なえるように計画を立てています。</p>
	<p>自己評価で気づいたことについての今後の具体的な取り組み</p>	<p>意思表示が難しい利用者様の中には、目の不自由な方もいるので、聴覚、触覚から意向の確認ができる道具等を用意する必要があります。現在の環境の中では、利用者様が経験する機会である外出企画は「食べること」が中心となっているため、カラオケをする、水族館、動物園、コンサートに行く等、色々な事に挑戦して、希望や表現の幅を広げ、意思、意向の把握に繋がられる新たな企画が必要です。利用者様の意向を知るための道具や方法を学ぶことができる研修会に参加し、知識の幅を広げる必要があります。常勤以外の職員の場合、限られた時間内では利用者様の特性を理解しにくい現状がある為、生活支援の中での他職員との話し合いや情報交換が必要です。</p>
<p>&lt;1-G2-2&gt; 利用者の権利擁護制度（オンブズマン、成年後見人など）の活用について</p>	<p>自己評価の内容</p>	<p>毎日『やまばと学園信条』を唱和し、人権については常に意識して支援にあたっています。人権委員会が組織されていて、人権についての議題を取り上げ、会議を開催しています。人権委員会からアンケートを配布し、人権に対して振り返り（半期ごと）をしています。毎月、チャレンジ目標シートと一緒に、自己チェック表があり人権などの自己点検をしています。利用者様主体の会議であるかながわかいぎが毎月行われています。年1回第三者委員が来園し、直接利用者様からお話を伺っています。かながわかいぎで発信された利用者様の意見はそのまませず、フロア会議で取り上げ、出来る限り解決できるように取り組んでいます。後見人、またはご家族には毎月サービス支援報告書を提出し、利用者</p>

		様の状況を報告しています。また、変化があればその都度電話報告、相談しています。
	自己評価で気づいたことについての今後の具体的な取り組み	今後も、日々の生活支援を振り返り、職員間で話し合いの場を多く持つことで理解を深めます。 後見人、ご家族と連携を取り、利用者様の要望、希望を把握し、共通の思いで、より良い生活支援に繋げる必要があります。 利用者様に変化があった場合は、後見人、ご家族、第三者等の必要な方を招き、ケア会議を開催します。

<p>&lt;1-G2-3&gt; 本人のできるこ と、強みについて、 エンパワメントや ストレングスの視 点でのアセスメン ト及びプランニン グについて</p>	自己評価の 内容	日々のコミュニケーションでは、利用者様の出来る部分を引き出せるように見守る姿勢を心がけています。 利用者様との会話や、日々の生活の中でのコミュニケーションの様子、家族からの聞き取りなどの情報は支援日誌に記録し、職員間で情報共有しています。その情報からアセスメントの作成、支援計画の評価・モニタリング、次回の個別支援計画に反映しています。 個別支援計画は、フロア会議、係長主任会議で利用者様の思い、意向、情報を職員間で意見交換、確認し、反映させています。 施設内だけでは利用者様の経験は不足しがちなので、一緒に施設外で経験する事で楽しみや生きがいに繋がるように配慮しています。 利用者様主催のかながわかいぎでは発言内容から利用者様の経験不足が否めず、『食』に関しての希望が多いように感じます。
	自己評価で気づいたことについての今後の具体的な取り組み	現行のアセスメントシートや個別支援計画はマイナス面に着目している記入が多いので、希望している事、幸福感に繋がる事等、エンパワメントやストレングスに着目した内容の個別支援計画に改訂が必要です。 利用者様同士の会議の場であるかながわかいぎは利用者様も楽しみにされていますが、会議内での発言は、利用者様の経験不足が否めず、施設内の経験からのご意見、ご要望が多くあり、意思決定支援を反映した経験の幅を広げる取り組みの必要があります。
<p>&lt;1-G2-4&gt; 個別支援の視点に 基づく、利用者一 人ひとりの支援計 画の策定について</p>	自己評価の 内容	個別支援計画は職員間の情報を基に作成し、フロア会議などで意見交換、見直しを行ない、策定しています。 意思表示の難しい利用者様が多い為、日々のコミュニケーションを大切にし、障害特性を認識できるような支援を心掛けています。 利用者様の特性に沿った生活の構造化を図り、行動様式や職員の動きを統一し、パターン化した生活様式が個別支援計画に反映されている利用者様がいます。利用者様の特性の変化や日々のエピソードは支援日誌に記録し、職員間で情報共有しています。毎月の生活支援サービス報告書の情報も個別支援計画に反映しています。また、後見人やご家族からの意向や要望も確認し、反映することができています。
	自己評価で気づいたことについての今後の具体的な取り組み	意思表示の難しい利用者様が多い為、作成する職員の思い込みや、ご家族の思いを反映させてしまっているところがないとは言いきれません。利用者様、後見人、ご家族を交えて面談し、それぞれの意向を直接伺う場を作り、個別支援計画に反映させる必要があると思います。 支援日誌に記録し、利用者様目線での観察、ストレングスに着目した目標作成などが今後の課題です。アセスメントシート、支援計画の評価・モニタリング、個別支援計画の早急な改訂が必要です。
<p>&lt;1-G2-5&gt; 個別支援計画策定 時の、利用者本人 や家族の主体的な 参加について</p>	自己評価の 内容	意思表示ができる利用者様は直接ご本人様に伺い、支援計画の評価・モニタリング、個別支援計画を見直し、作成しています。しかし、意思表示が難しい利用者様が多い当園では、ご家族の意見が反映されやすい傾向があります。 支援計画の評価・モニタリング、個別支援計画作成時はその都度、後見人、ご家族に連絡、ご意見、ご要望を伺っています。 利用者様、後見人、ご家族の意見、要望を反映する為に、年3回後見

		人、ご家族を交えたフロア懇談会の開催、後見人には、来園時の状況報告と面会、電話での細かな報告、連絡、相談をしています。支援計画の評価・モニタリングは半年ごとの様子が分かりやすいように、健康面、生活の様子、作業の様子と分け、変化や特記事項、エピソードなどを記載し、各職員で工夫した記述となっています。それをもとに個別支援計画が策定されています。
	自己評価で気づいたことについての今後の具体的な取り組み	引き続き、後見人やご家族と密に連絡を取り合い、情報共有し、信頼関係を築くとともに、それぞれのご意見、ご要望を発信しやすい環境を大切に、そこから利用者様に寄り添った個別支援計画が作成されていくようにします。 意思表示ができる利用者様は本人から直接意見、要望を伺い、個別支援計画に反映されますが、意思表示が難しい利用者様は職員からの情報、判断が反映される傾向があるため、意思表示が難しい利用者様でも意思が確認できる環境、状況を工夫し、反映させていく必要があります。

## 評価項目2

個別支援にあたって、「具体的なサービスの実施／提供」での事業所の取り組みに関して、＜2-G2-1＞から＜2-G2-2＞の2項目について、複数の職員で話し合いを行い、自己評価表を作成してください。

### 評価機関による評価

①職員は、利用者一人ひとりの個性性に配慮した支援に努めている。個別支援計画を作成し職員間の統一した支援を心がけ、また、他の利用者に影響を及ぼす事柄に注意するようにしている。個人マニュアルに利用者の障害特性、症状、食事や排泄等の生活能力、運動能力、本人の好き・嫌い、他者の気持ちへの思いやりができるかなど明記し職員に周知している。日々の利用者の状況の変化を支援日誌に記録し、職員間の情報共有を図っている。支援日誌は一日の時間の流れに沿って個々の利用者の生活面、健康面、情緒面の職員の気づきを記録している。また、毎月一ヵ月分の個々の利用者の支援内容を「生活支援サービス報告書」にまとめ、個別支援計画の目標や課題の月々の進展状況を把握するようにしている。

②朝のミーティングで利用者支援に関する職員間の情報共有を図っている。部門ごとに毎月フロア会議を実施し、利用者支援における通院や薬の変更等状況の変化について話し合い、職員の情報共有を図っている。フロア会議の検討結果を持ち寄り、月一回開催の職員会議で個々の利用者に対するサービス支援の職員の情報統一を図っている。また、随時ケア会議を開催し、家族・後見人やケースワーカー等外部の第三者の意見を求め利用者支援の変更の必要性について情報共有を図っている。

③各種チェック表を活用し利用者の状況の変化の把握に努めている。検温や血圧チェック表、運動チェック表、水分摂取、排便、入浴チェック表等がある。静養者は静養チェック表を作成し、一日の時間を追って細かに様子観察を行っている。ISO9001 品質マニュアルを作成している。フロアごとに品質目標実行計画を作成し、年2回達成率を評価している。達成率は利用者支援の各種チェックリストを活用し、達成率の定量的評価を行っている。平成28年度は運動チェック表を活用し、偏りのない支援をすることを品質目標に掲げ達成率は上期70%、下期80%の結果であった。

### 事業所による自己評価

＜2-G2-1＞利用者一人ひとりの特性に配慮したケアサービス（食	自己評価の内容	利用者様一人ひとりの個人マニュアルがあります。その都度、見直しをしています。個人マニュアルの中に、特性に配慮したサービス提供情報が記載されています。日々の変化等の情報は支援日誌に記録し、職員間で共有します。また、検討事項は、フロア会議、係長主任会議、職員会議で話し合われ、統一した支援方法が検討、実施されます。話し合われた内容は会議録として職員間に周知、共有されます。
----------------------------------	---------	--

<p>事、入浴、排泄、余暇、日中活動、就労、健康管理・服薬管理、外出・外泊、地域生活移行など)の職員間での周知・共有化について</p>	<p>自己評価で気づいたことについての今後の具体的な取り組み</p>	<p>必要があれば、後見人、ご家族、関係者を招き、ケア会議を開催します。検討された内容はフロア会議、係長主任会議、職員会議などで報告し、職員間に周知されます。</p> <p>個人マニュアルが利用者様を知るためのツールとしてフロア会議や職員会議で活用できれば、ケアサービスの見直し、統一した支援方法の検討、アセスメントの見直し、支援計画の評価・モニタリング、個別支援計画の策定時の有意義な資料になると思われます。また、利用者様の高齢化や、重度化が進んでいく後は医療、栄養部門と連携を取り、今以上に情報共有、周知していくことが必要です。</p>
<p>&lt;2-G2-2&gt; 利用者一人ひとりの特性に配慮したケアサービス(食事、入浴、排泄、余暇、日中活動、就労、健康管理・服薬管理、外出・外泊、地域生活移行など)の実施・提供について</p>	<p>自己評価の内容</p>	<p>排便、検温チェックは毎日行ない、排便チェック表、検温チェック表に記録しています。</p> <p>入浴はチェック表を使用、または支援日誌へ記録することにより情報共有しています。</p> <p>利用者様の健康状態によって排尿量や体温など個別のチェックを行ない、様子観察をしている方がいます。静養者様は、静養者チェック表があり、細かな様子観察をしています。</p> <p>フロア会議では、利用者様の様子を報告しながらケアサービスの見直しを行い、会議録に記録して各職員で情報共有しています。</p> <p>利用者主体のかながわかいぎでは、同席している職員が利用者様からの言葉が出やすいように環境を整え、質問を検討し、イメージしやすいような声掛けを工夫しています。</p> <p>日誌の記録方法は統一されています。</p> <p>日中活動もチェック表を利用し、状況を把握しています。チェック表を基に、半期ごとに評価し次の目標に反映させています。</p>
	<p>自己評価で気づいたことについての今後の具体的な取り組み</p>	<p>日課の中で生活支援員が使用しているチェック表の記入方法は習慣化されています。習慣化されている分、確認時間や、記入方法の変更等が起こるとチェックを忘れてしまう事があるため、柔軟に対応できるようになることが今後の課題です。</p> <p>日中活動の充実がまだまだ図れておらず、選択肢を増やす、新たに挑戦できる機会を設ける、職員の勤務体制を調整する等の必要性を感じます。</p> <p>医療面や栄養面からの判断が必要な場合、医務・栄養部門と連携し、検討、実施する事が必要です。</p> <p>常勤と、常勤以外の職員ではケアサービスを実施、提供する事に関して温度差があるようで、常勤以外の職員とも話し合う機会を持ち、支援に携わってもらう必要があります。</p>

**評価項目3**

個別支援にあたって、「評価(モニタリング)・再計画」での事業所の取り組みに関して、<3-G2-1>から<3-G2-3>の3項目について、複数の職員で話し合いを行い、自己評価表を作成してください。

**評価機関による評価**

①年2回の個別支援計画の振り返り時点を捉え、利用者本人の意見を把握しモニタリングの結果反映しているが、言葉による確認が難しい利用者については支援員の推察によっている。他方、食事内容や日々の支援場面では、本人がどのように受け止めたか本人の気持ちを確認しながら実施している。また、毎月、個別支援計画に沿った支援の進捗状況や日常の様子などを「サービス支援報告書」として取りまとめ、家族および成年後見人に報告している。その内容をモニタリングに反映させている。重点項目が分かりやす

く、また、本人および支援員の達成感が感じられる個別支援計画になるよう、書式の工夫などが期待される。併せて、個別支援計画に図や写真を用いるなど本人が理解できるよう工夫し、本人によるサービス評価につながる対応が期待される。

②利用者同士の会議「かながわかいぎ」で、食事のメニューに対する利用者の希望を栄養士が把握し、希望に対する前月の対応状況を「献立リクエスト達成状況」としてパーセントで伝えている。また、会議では、利用者から同室者への苦情など要望が出される場合がある。しかし、半数以上の利用者は会話が難しく「かながわかいぎ」には参加していないので、日々の生活の中で見せる表情などから要望を受け止めている。同室者への対応を助言したり、希望に沿って外出できた時の利用者の言葉や表情から、支援に対する満足度合いを把握している。意見や要望を記録する記録システムの工夫など、利用者の要望等に対応する仕組みを整える事が期待される。また、第三者委員への連絡先が明示されているが、利用者が第三者委員に気軽に相談し、また、話を聞いてもらえるように相談頻度を増やす取り組みが期待される。

③個別支援計画は、利用者一人ひとりの障害特性や支援内容をとらえ、事故防止の視点を含め策定している。また、個別支援計画の支援内容を含め、利用者毎に健康状態や身辺処理、転倒などの事故防止も含めた具体的な支援内容を、「個人マニュアル」として取りまとめ、チームとしての支援の質向上を図っている。個別支援計画の記述レベルと品質を保つため、計画作成の手引書やガイドラインを作成するなどの工夫が期待される。

### 事業所による自己評価

<p>&lt;3-G2-1&gt; 利用者自身からのサービス評価について</p>	<p>自己評価の内容</p>	<p>利用者様の表情や、発せられる言葉等から評価を読み取っています。外出や学園行事、日中活動等の利用者様の様子は支援日誌に記録し、毎月のサービス支援報告書で報告しており、後見人、ご家族から評価をいただいています。</p> <p>支援日誌の記録や、生活支援サービス報告書、意思表示のある利用者様からは直接意見を聞く、またかながわかいぎ、フロア会議、職員会議、係長主任会議等からも情報を集め、個別支援計画の目標を確認し、半年間の様子を支援計画の評価・モニタリングし、次回の個別支援計画に反映させています。</p>
	<p>自己評価で気づいたことについての今後の具体的な取り組み</p>	<p>引き続き、会議内での支援計画の評価・モニタリング、個別支援計画の見直しは継続していきますが、支援計画の評価・モニタリング、個別支援計画を利用者様主体の分かりやすい形式に早急に改訂していく必要があります。また、今後、利用者様の高齢化や重度化が進んでいく現状を考えると医療面や栄養面の専門的な視点からの判断を取り入れていく必要があります。</p>
<p>&lt;3-G2-2&gt; 要望への対応、苦情の解決に対する、利用者自身からの評価について</p>	<p>自己評価の内容</p>	<p>日常生活の中で利用者様から苦情が出た場合、利用者様とできるだけ話し合い、早急に解決するように努めています。要望への対応や苦情が解決できた時は、利用者様の嬉しそうな笑顔や、興奮気味な言葉等から読み取ることができます。</p> <p>利用者様主体のかながわかいぎでは、利用者様からの意向や苦情、要望を伺っています。意思表示の難しい利用者様からの意向、苦情、要望は汲み取りにくい為、日々の観察、コミュニケーションが大切と考えて支援に取り組んでいます。あげられた意見や、汲み取れた苦情、要望等はフロア会議で議題として取り上げ、話し合います。</p> <p>年1回、第三者委員が来園し、かながわかいぎに参加、利用者様の意見、苦情、要望を直接伺ってくれます。</p> <p>家族からの苦情やご意見、ご要望は、帰宅連絡書や毎月のご意見・ご要望書等に記載されてきます。記載内容は職員が把握し、申し送ったり、支援日誌に記録し、職員間で周知され、早急に解決できるように、報告、相談、話し合いをしています。</p>

	自己評価で気づいたことについての今後の具体的な取り組み	利用者様の要望を達成するためには支援側(職員側)の労働時間等の現実的な問題から実行方法の検討、調整が必要なことがあり、長期的な時間が掛かってしまう事があります。 ご家族からの苦情、ご意見、ご要望は引き続き、その都度受け止め、早急に相談、報告、検討して解決をお目指して取り組んでいきます。
--	-----------------------------	--

<p>&lt;3-G2-3&gt; 事故防止の視点(リスクマネジメント)を取り入れた個別支援計画の「評価と再計画」の実施について</p>	自己評価の内容	<p>支援日誌の記録や行事報告書、事故報告書等の情報からアセスメントし、個別支援計画に留意点として記載します。留意点は、半期ごとにフロア会議で話し合い、再検討、変更し職員間で共有します。</p> <p>リスク管理委員会は設置されています。毎月、ヒヤリハット、事故報告をまとめ、分析し、繰り返さないように朝の申し送りや、職員会議時に報告して職員間に周知されます。分析データは半期毎にまとめ、傾向をあげ、今後の事故防止に役立てています。</p> <p>感染症対策として、感染症マニュアルがあります。看護師による感染症対策の勉強会や、外部より感染管理認定看護師などをお招きし、研修もおこなっており、職員間で周知され、拡大防止に役立っています。避難訓練は毎月実施しています。避難経路は利用者様の特性に配慮し、明確なものになっています。また、毎月実施する事で、利用者様も変化に対応する事ができています。</p>
	自己評価で気づいたことについての今後の具体的な取り組み	<p>今後の利用者様の高齢化、重度化等を考えるとソフト面からの対策だけではなく、ハード面(バリアフリー、リニューアルなど)からの改築も必要です。また、利用者様の年齢層に幅があり、現在の日中活動はそれぞれに合ったものではないことから大きな事故につながりかねません。日中活動の見直しが必要です。</p> <p>感染症対策や防災に関しては、日々、新たな情報が進化しているため、常に新しい情報をキャッチする体制が必要です。</p>

**評価項目4**  
「個別支援サービス提供の基盤」となる事業所の取り組みに関して、<4-G2-1>から<4-G2-4>の4項目について、複数の職員で話し合いを行い、自己評価表を作成してください。

**評価機関による評価**

- ①年に2回個別支援計画の見直しを行っている。半期ごとにモニタリングを実施し個別支援計画の課題の達成状況を評価し、施設サービスの支援に対する本人の思いや要望を把握し報告書に明記している。また、アセスメントを実施し、日常生活、金銭管理、健康管理、共同生活、地域生活の観点でサービス支援の利用者ニーズの変化を細かくチェックしている。モニタリング、アセスメント、日々の支援日誌及びフロア会議、職員会議の利用者支援の変化に関する検討記録、ケア会議の記録等を総合的に判断し、個別支援計画の見直しに反映している。また、エンパワメントやストレングスの視点の強化を図る予定である。
- ②部門別(フロア別)品質マニュアルを作成している。品質マニュアルは部門ごとに一日の流れに沿ってサービス支援項目を明記したものであり、品質マニュアルが業務マニュアルになっている。品質マニュアルに部門ごとの職員の機能分担と役割について明記し、部門ごとの品質目標を設定している。品質目標のテーマごとに実行計画を明記し具体的な成果につなげている。半期ごとに品質目標の達成状況を部門別に評価し利用者へのサービス向上を図っている。
- ③常勤・非常勤職員全員がチャレンジシートによる人材育成の目標管理を実施している。チャレンジシートに、業務、能力・意欲向上に関するチャレンジ目標及び達成方法・手段を明記し、半期ごとに直属上司に面接し、達成状況の意識の共有を図っている。職員は毎月チャレンジシートの自己評価を行い、直属上司のアドバイスを受ける仕組みである。また、目標チャレンジ制度と連動し利用者の人権擁護や理念の実践等に関わる33項目のチェックリストを用いて、毎月の職員の自己評価を義務付け注意を喚起している。

④研修委員会を設置しキャリアアップを目指し研修計画を策定している。外部研修受講者は、研修の成果として施設で活用できることは何かを研修報告書に明記しフロア会議等で職員への周知を図っている。年度ごとに法人の経営方針を作成し、職員に求められる人材像を明記し、また、経営理念に基づく人材開発や人権の尊重等職員の利用者に対する基本姿勢を明記し職員に周知している。

⑤地域のバザーや自治会主催の各種行事に積極的に参加し地域住民との交流を図り、地域住民の障害者の理解が深まるように努めている。各種施設の行事への地域ボランティアの参加を呼びかけている。秋祭りには40名程度のボランティアが参加している。また、毎月散歩ボランティアが利用者との交流を図っている。秦野防災自治会と応援協定を締結し、災害時の避難誘導の支援を依頼している。また、施設は避難誘導区域内住民の災害時の避難場所として施設を開放している。

### 事業所による自己評価

<p>&lt;4-G2-1&gt; ケアサービスの見直し、改善計画及び実施について</p>	<p>自己評価の内容</p>	<p>支援計画の評価・モニタリングは、アセスメントシート、日々の支援記録、毎月の生活支援サービス報告書や健康チェック、看護記録などから分析し、見直し、実施しています。後見人、ご家族に連絡を入れ、ご意向を伺い、見直しに反映しています。</p> <p>利用者様に変化が生じた場合、速やかに支援計画の評価・モニタリングし、個別支援計画の立て直しを行なっています。必要に応じて、後見人、ご家族、第三者を招き、ケア会議を開催し、サービスの見直しをしています。</p>
	<p>自己評価で気づいたことについての今後の具体的な取り組み</p>	<p>支援計画の評価・モニタリング、個別支援計画が利用者目線のものになっていない事、また、エンパワメントやストレンクスからの視点も個別支援計画に反映できる様式へ改訂が必要です。支援計画の評価・モニタリング、個別支援計画作成時は利用者様が参加する機会がまだまだ少ないので、参加していただき作成する必要があります。</p> <p>今後、利用者様が高齢化、重度化していく為、第三者や、医療面、栄養面等の専門的な意見がさらに必須になってくると思われます。</p>
<p>&lt;4-G2-2&gt; 基本的なマニュアルの見直し、改訂について</p>	<p>自己評価の内容</p>	<p>『やまばと学園信条』や、『浄泉会 経営方針～1、利用者様に対する基本姿勢について』の項目や、ISO9001 品質マニュアルを基にサービス提供をしています。見直しは定期的に行われています。やまばと学園では、ISO9001 を取得しており、品質マニュアルは業務マニュアルになっています。</p>
	<p>自己評価で気づいたことについての今後の具体的な取り組み</p>	<p>ケアサービスの提供は、変化に応じて見直しが必要です。</p> <p>ISO9001 品質マニュアルは業務マニュアルになっていることから、ケアサービスとすり合わせをして活用していきます。</p>
<p>&lt;4-G2-3&gt; 職員の資質向上に向けたキャリアパスの構築と、それにそった職員研修の実施について</p>	<p>自己評価の内容</p>	<p>全職員がチャレンジ目標シートを行なっています。毎月振り返りを行ない、半期ごとに目標の見直しをしています。また、直属上司とのコミュニケーションツールとしても活用し、意欲向上につながっています。さらに、人事考課をしています。</p> <p>職員のキャリアアップを目指した研修の提示、参加を呼び掛けるとともに、資格取得制度があります。研修計画は策定され、積極的に参加し、職員の意欲向上、現場で実践に活かせるようにしています。常勤以外の職員は、研修に参加する機会が少ないので内部研修への参加を呼び掛けています。普通救命講習は、ほぼ全職員が受講済みです。また、救命講習普及員の資格を持つ職員がいます。</p>

	<p>自己評価で気づいたことについての今後の具体的な取り組み</p>	<p>研修で学んだことは書面だけの報告になってしまう事が多く、今後は内部発表の機会が期待されます。また、他施設見学の機会が少ないので、自施設との比較、交流を深めるためには他施設とつながりを深める必要があると思います。</p> <p>利用者様の高齢化、重度化が進むことを視野に入れると、介護、医療の分野での研修の必要性を感じます。</p> <p>階層別の研修の充実や、内部研修の機会を増やす事も必要です。</p>
<p>&lt;4-G2-4&gt; 地域の福祉力向上のための支援活動（地域に向けた勉強会の開催や講師派遣、施設機能の開放など）の実施について</p>	<p>自己評価の内容</p>	<p>行事には催し物をして下さるボランティアや、お手伝いのボランティアを募り、楽しい時間を共有しています。特に一番大きな行事である秋祭りは、盆踊りの練習が地域の方と利用者様にとって、年に1度の楽しい交流の機会となっています。また、ほぼ毎月(夏、冬など寒暖差のある時を除く)散歩ボランティアの方が来て下さり、利用者様との交流を図っています。地域で開催されるバザーや自治会活動は、年間事業計画内に組み込まれていて参加しています。その他、そば打ち体験や音楽鑑賞、ミカン狩りなどのイベントも不定期で開催され、利用者様の生活に潤いを与えています。</p>
	<p>自己評価で気づいたことについての今後の具体的な取り組み</p>	<p>まだまだ閉鎖感はあるため、地域と交流する場や機会を増やす、時間を作ることが必要と思われます。とくに、地域住民の方々とは行事を通してのみの交流のため、内部研修等を開催するとき等には、地域福祉に関する学習、技術習得の場として提供し、地域に発信していく必要性を感じます。その為にも職員の質の向上、キャリアアップが必要です。また、利用者様が地域活動に参加する機会をさらに増やし、交流を図りながら溶け込んでいけると良いと思います。今後、農園の活用、ホームページなどからも地域との交流の機会や方法を検討していきます。</p>

### 3. 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 29 年 9 月～ 平成 29 年 10 月
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、調査結果から回答者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はかった。
アンケート調査票の送付	対象者には事業所を経由して調査票を配付した。
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	調査票配付数 60 通 返送通数 36 通 回収率 60.0%

#### 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 0%、母が 39%、父は 25%、兄弟姉妹が 19%、その他が 8%となっている。
- 利用者の年齢については、40 歳代が 39%と多く、50 歳代 22%、20 歳代 14%、60 歳代が 6%、20 歳未満が 3%となっている。
- 利用者の利用年数については、7 年以上が 64%となっている。
- 事業所のサービス全体への満足度については、「とても満足」「満足」の合計が 69%となっている。「全体的に満足しているが、一部改善して欲しい」が 22%、「全体的にやや不満である」・「全体的に不満である」は 0%であった。
- サービス利用前後での気持ちの変化は、「安心して生活できるようになった」が 75%、「生活を楽しめるようになった」42%で「元気になった」14%、「落ち着きが出てきた」44%となっている。「元気がなくなった」0%、「不満が多くなった」は 3%であった。

#### 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

利用者への温かいご飯の提供

取り組み期間

9/27～11/2

PDCA	取り組みの概略
「P」 目標と 実践計画	<p>①現在の食数は平日120食で1階の食堂と2階、3階各フロアに分かれて食事している。利用者の身体状況に応じご飯のよそいは食札で10種類(グラム数が異なる)に分けられる。配膳の長い経緯の中で、冷めた食事が提供され、それが当たり前になっていた。</p> <p>②そこで昼食の温かいご飯を利用者に提供する方法を発展的サービス評価の課題とした。</p> <p>③以下の目標を設定し活動を開始した。                      長期目標: 「毎食全ての食事を温かいもので提供する」                      短期目標: 「1階食堂での昼食は温かいご飯で提供する」</p> <p>④食堂で食事をしている利用者35名に短期目標(第一段階)を適用することにした。2階、3階は、おひつの利用を検討したが、食事提供前と提供時の温度差は5℃以内の規定があり、おひつの利用は困難であった。</p>
「D」 計画の実践	<p>目標達成に向けて以下を実行した。</p> <p>①期間 9/27～11/12</p> <p>②配膳方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・誘導職員が「〇〇さんです」と配膳職員に伝え、食札を渡す。</li> <li>・配膳職員がご飯をよそうカウンターのトレイに食札をおく。</li> <li>・厨房職員が食札に記載された量のご飯をよそい、茶碗を食札の前に置く。</li> <li>・配膳職員は食札を確認し、利用者に配膳する。</li> <li>・その都度配膳が終えたら食札を厨房に戻す。</li> <li>・席に座った時点で全てセットしていないと不安を感じ難くなる利用者は、食堂への入室の時間を予想して配膳する等、利用者特性に配慮しフロアごとの対応を工夫する。</li> </ul>
「C」 実践の評価 結果	<p>①配膳の動きが従来と異なり、食札を持って帰ったりと、戸惑いの状況もあり手順を一部変更し、誘導職員、配膳職員、厨房職員に周知した。</p> <p>②2階、3階のフロアで食事を摂る利用者は当面従来通りの食事となるが、今回の活動の検討経緯の中で、温冷库配膳車を導入することが決定した。</p> <p>③服薬は可能な限り各フロアに戻ってから行うことにした。</p> <p>④温かいご飯を楽しみにしておかわりをする利用者がいた。</p>
「A」 結果をふま えての改定 計画	<p>①職員が担当する利用者のみでなく見守りの視野がひろくなり、食事の流れ全体を見て利用者への声掛けを行うようになった。</p> <p>②これまでの長い習慣のなかで、「温かいご飯をおいしく食べる」という当たり前のことに気づかなくなっていたことに、改めて職員が気づききっかけとなった。</p> <p>③今回の活動を通して前向きの姿勢で職員同士が協力し、サービス改善の提案を積極的に行うようになった。</p>

#### <第三者評価コメント>

「当たり前のことなのにいつの間にか気づかなくなっていることがある。」という職員の気づきが今回の発展的サービス評価の活動につながりました。職員同士が協力し、また、利用者にも協力してもらうことでサービス改善につながることは多いと思います。今後も職員のサービス改善の気づきを積極的に取り入れる工夫を期待します。