

(公表用)

岩手県福祉サービス第三者評価の結果

1 第三者評価機関

名称	社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会	認証番号	第2号
所在地	盛岡市三本柳8-1-3	評価実施期間	平成26年1月24日～27年2月5日

2 事業者情報

事業者名称（施設名）：新生園	種別：障がい者支援施設（施設入所・生活介護・就労継続支援B型）
代表者氏名：理事長 阿部 肇男 （管理者） 施設長 花籠 和博	開設年月日：昭和58年4月1日
設置主体：社会福祉法人 新生会 経営主体：社会福祉法人 新生会	定員：施設入所40名・生活介護25名・就労継続支援B型15名
所在地：岩手県紫波郡矢巾町大字室岡第12地割125番地 TEL：019-697-6831 FAX：019-697-8248	

3 総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○ 利用者本位のサービス提供に向けた取組</p> <p>「利用者が望む支援」「利用者の尊厳を尊重したサービス提供」を基本方針に掲げ、その実現に向けて役職員が取り組んでいる。入所施設という性質上、利用者の安全確保・事故防止の観点から一定の制約を設けることはやむを得ないところであるが、新生園では利用者本位のサービスとは何かを第一に考え、本人の満足感・喜びを大切に支援している。例えば、入浴に関しては自分で入浴時間を選択することができ、毎日入浴したり、作業を中断しての入浴も可能である。また、嗜好品に関しても、医師から制限されていない限りは、場所や時間等のルールを守ることを条件に喫煙・飲酒ができる。さらに、サービス実施計画の見直し（支援会議）にも原則本人が参画し、目標達成度や今後の支援に対する要望を発言できる機会を設けている。積極的に利用者からの意見聴取に努め、サービス提供につなげている。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○ 人材や人員体制に関する具体的なプランの確立</p> <p>平成26年度事業計画の重点目標を「総合的な人事管理と働きがいのある職場づくりに努めます」と掲げている。また、「福祉専門職として必要とされる社会福祉に関する国家資格や障害者総合支援法によるサービス管理責任者資格等の取得を奨励します」とし、社会福祉士、介護福祉士、看護師等、一定の専門職が確保されている。しかし、職員の異動や退職に伴い、常勤職員の同一部署での平均在職年数が3年と短く、支援方法を共有する上で課題になるものと認められた。現在の職員構成（年齢、男女比）を踏まえ、今後必要な人材や人員体制に関しての方針等が具体的化されていないため、将来を見据えたプランの構築が早急に求められる。人事管理については、トータルマネジメントが求められるので、期待される職員像、採用、育成、異動、人事考課の基本方針を法人が定めた上で施設における適切な運用が求められる。</p>

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>第三者評価受審は初めての取り組みであり、職員も研修で初めてサービス評価への認識を深めました。そして、全体でサービス評価へ取り組み、自己評価は基準の理解が不足していたことを反省しました。最良のサービスの質を職員全体で実現するために取り組んでまいりましたが、まだまだ勉強不足である</p>

ことを痛感しました。受審後研修で、支援していることの手順を文書化すること、維持していくための標準化が大切なことも指摘されました。新生園として、支援のさらなる向上と課題として挙げられていることを事業計画に掲げ、職員全体で取り組んでまいりたいと思っております。

第三者評価受審は、これから私たちが進むべき方向の道しるべとなるものと思っております。初めての受審のために、資料の集め方や取組み方を細部にわたってご指導いただき感謝しております。

- 5 各評価項目にかかる第三者評価結果
(別紙)

(別紙) 各評価項目にかかる第三者評価結果【新生園】

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価対象I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。

I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a
<p>評価者コメント</p> <p>法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。</p> <p>障がい者支援施設「新生園」は、社会福祉法人新生会が平成24年に掲げた『輝く命』を理念として明文化している。「体と心は病気になりますが、命は病気にならない。(中略)命はみな同じで、生きることのスタートは命があるということからです。(後略)」との説明が付されている。この説明は、日本人初の重度心身障がい者通所施設を障がい児の母親たちと設立した「日浦美智江氏(神奈川県横浜市「社会福祉法人訪問の家 元理事長)」の著書『みんな一緒』の文章を引用したもので、命の平等やエンパワメントの考え方を表している。理念は法人パンフレット、事業計画書、創立30周年記念誌等に掲載するとともに、施設内(各事業場所毎)にも掲示している。</p>	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
<p>評価者コメント</p> <p>理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。</p> <p>法人の理念を受けた基本方針は、「人権の尊重」「四者一体(利用者、家族、職員、役員)での運営」「倫理の確立」「地域生活支援の活動強化」の四項目を定めている。「地域生活支援の活動強化」は、平成26年4月に追加したもので、地域に対する法人施設の基本姿勢を表したことは積極的な改善といえる。基本方針はパンフレット、事業計画などに明文化されている。また、体罰や身体拘束、威圧的態度を戒める等、具体的に10項目の「新生園職員行動規範」を定め、法人の理念、基本方針を補足し職員の行動規範として具体的な内容を示している。</p>	

I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。

I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分でない。</p> <p>理念や基本方針を職員へ周知理解を促すために、理念・基本方針を掲載した事業計画書及び事業報告書を配布している。施設長は施設の内部研修会で職員に対して理念や基本方針を説明したほか、毎月の職員会議冒頭で理念の唱和を行っている。しかし、理念である“輝く命”は、施設利用者のみならず利用者の家族や地域の障がい者、役職員等の命なども含めて多様に解釈することが可能であるほか、基本方針や行動規範を深める議論はなされていないことから、職員に十分浸透しているとまでは言えない。</p>	
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>理念や基本方針は毎月の利用者例会で伝えられている。配布資料は理念等の原文の漢字にひらがなのルビをふり、読みやすくなるよう配慮している。また、家族等には機関紙「あら一む」に理念等を掲載し配布して周知を図っている。しかし、障がいを持つ利用者に対する周知には、その程度や障がいの内容に考慮したさらなる工夫が必要となる。加えて利用者に対する浸透の度合いも把握するなどの継続的な取組が大事である。理念や基本方針の内容を細分し分かりやすく編集した解説資料の作成や日常的な場面での伝え方にも更なる工夫が求められる。</p>	

I-2 計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a
<p>評価者コメント</p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。</p> <p>社会福祉法人新生会は、平成24年度に26年度までを期間とする第Ⅲ期経営計画を策定し、理念・基本方針に沿った重点課題を掲げ達成目標や担当職員を明示している。策定は法人本部に施設長も加わり組織全体での取組が行われ、毎年達成度の評価を基に見直しが行われている。中期目標は日中活動支援の人的体制づくり、グループホームへの利用者の移行、施設の設備整備、修繕及び移転改築の検討などの目標を掲げている。なお、第Ⅳ期経営計画策定(平成27年度から3年計画)の際は、人材育成に関する目標など、現計画では未着手な項目にも目標を設定することにより、より充実した計画内容とすることが望まれる。</p>	

I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a
<p>評価者コメント</p> <p>各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。</p> <p>新生園では、社会福祉法人新生会第Ⅲ期経営計画による中・長期実施計画に基づいて、各年度事業計画を策定している。運営方針として、「利用者が望む支援」「自立のマネジメント」「地域の暮らし支援」を掲げキーワードとして取組んでいる。事業計画では施設入所支援事業、生活介護事業、就労継続支援B型事業の三事業の具体的支援計画が示されている。欲を言えば、中長期経営計画の重点課題と達成目標に対応する各年度ごとの重点目標と事業計画(達成目標)の整理が期待される。</p>	

I-2-(2) 計画が適切に策定されている。

I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。</p> <p>毎年度の事業計画は、業務・運営課題を事業所会議(施設入所支援事業、生活介護事業所、就労継続支援B型事業所単位)、給食会議、栄養士連絡会議等で実施状況を把握、評価、見直し、次年度の計画案を協議作成した上で、職員会議で協議、周知、策定する流れがある。今年度は、夕食の時間を17時30分から18時に年度途中で変更するなどの見直しもあった。一方、中長期計画である第Ⅳ期経営計画策定に向けた見直し等は、法人役員と施設長が中心となり法人主導で検討され、施設単位の中長期課題は施設において見直し検討する過程がとられる。年度事業計画の各項目に掲げる個別支援、健康管理支援、人権擁護、苦情解決、プライバシー保護、事故防止・防災、安全管理、人材育成、職員研修等の見直し及び立案は担当職員が個々にまとめているが協議や調整の場の設定が十分ではない。担当職員の原案を持ち寄っての職員間の協議や委員会等における検討も有効と思われる。</p>	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>各計画を職員や利用者等に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>職員に対しては、中長期計画である第Ⅲ期経営計画、年度事業計画、事業報告を配布し、職員会議で説明するとともに、事業所会議、給食会議、栄養士連絡会議において事業計画の進行管理を行っている。利用者や家族にはこれらの計画を配布していないが、家族には計画の概要を記載した機関誌を送付している。利用者には事業計画を朝礼で説明しているほか、漢字にはルビをふって施設内に掲示しているが、利用者等の理解が深まる内容とはなっていない。今後は障がいをもつ利用者に対する周知方法の更なる工夫や各計画の周知状況を確認する継続的な取組が望まれる。</p>	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a
<p>評価者コメント</p> <p>管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。</p> <p>施設長は施設全体をリードする立場として、その職責・責任を「新生園業務分担表」に明示し、全職員に配布している。機関紙「あらむ」に創立31年目に向けた課題と取組方針を記述し施設長の役割を表明している。また、施設内を定期的に巡回し利用者や職員に声がけをするとともに、「障がい者虐待防止職員セルフチェックリスト」等を実施して利用者支援に関する課題等を把握しながら、利用者からの評価や信頼を受け止めている。</p>	
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>施設長は、職員会議で必要とされる法令遵守について明示するとともに、毎月実施している「障がい者虐待防止職員セルフチェックリスト」に対するフィードバックの中で、法令遵守に関するコメントをしている。また、社会福祉法人新生会の法令遵守規程に基づく職場研修を実施している。さらに、職員会議の施設長発言要旨を記録する対応は丁寧である。しかし、障がい者支援に関する諸制度や施設経営に関連する防災、環境配慮等の諸法令を理解する取組を十分に行っていないと自己評価している。福祉関係の不祥事の新聞記事をスクラップし、職員に周知を図る取組は効果的とのことだが、今後は周知のみならず職員が積極的に関わりを持つ法令遵守の取組が求められる。</p>	

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>施設長は毎月「障がい者虐待防止職員セルフチェックリスト」により、福祉サービスの質の現状を定期的、継続的に評価、分析し、職員の意見も併せて取り込む取組を行っている。また、新生会中長期計画「高齢化対応検討部会ワーキンググループ」を新生園内に設置し、施設入所利用者の高齢化に対応する支援策や施設設備のあり方について検討し、最終的に「高齢障がい者福祉施設」の設立計画を推進するため、自らもその活動の正担当(リーダー)として積極的に参画している。しかし、施設内におけるサービスの質の自己評価の体制づくりは、第三者評価の受審を契機に緒についたところであり、さらなる積極性が期待される。</p>	

I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している、十分ではない。</p> <p>施設長は、新生会中長期計画「高齢化対応検討部会ワーキンググループ」を新生園内に設置し、施設入所利用者の高齢化に対応する支援策や施設設備のあり方について自らもその活動の正担当として積極的に参画し検討している。「高齢障がい者福祉施設」の設立に向けて、人事、労務、財務等の面からの分析や人員配置、職員が働きやすい環境整備については、宿直体制を強化するなど、大きな改善もあった。一方、サービスの質の改善や効率的な業務方法の工夫については職員の役割分担が十分に機能していない。サービスの標準的な実施方法の見直しと連動した取組みが効果的と思われる。</p>	

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>障がい者支援施設の情報を含む社会福祉事業全体の動向について、「岩手県制度概要説明会」、「矢巾町自立支援協議会」、「矢巾町生きいき町づくり委員会」等に施設長等が出席して把握・収集している。しかし、事業所が位置する地域での特徴・変化等の把握、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータが十分に収集されているとは言えない。そのため、収集するための取組の検討とともに、把握した情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映される取組が求められる。</p>	
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。</p> <p>毎月「施設利用率回覧確認」等によりサービス利用者の推移、利用率等の確認を行っている。また、「各年度施設会計収支概要」により改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映させている。しかし、第Ⅲ期経営計画の中で、新生園のみならず法人全体として施設整備が課題となっている状況が伺える。そのため、財政面も含めた情報を法人役員、施設上層部のみならず、多くの職員の意見等も吸い上げた上で共有し、潜在化している課題を分析する必要がある。また利用者の地域移行の支援の在り方についても課題形成を図る必要がある。</p>	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	非該当
<p>評価者コメント</p>	

II-2 人材の確保・養成

II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。

II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	c
<p>評価者コメント</p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。</p> <p>平成26年度事業計画の重点目標を「総合的な人事管理と働きがいのある職場づくりに努めます」と掲げている。また、「福祉専門職として必要とされる社会福祉に関する国家資格や障害者総合支援法によるサービス管理責任者資格等の取得を奨励します」とし、社会福祉士、介護福祉士、看護師等、一定の専門職が確保されている。しかし、職員の異動や退職に伴い常勤職員の平均在職年数が3年と、支援方法の共有に課題が見出された。現在の職員構成(年齢、男女比)を踏まえ、今後必要な人材や人員体制に関して具体化されていないため、将来のプランの構築が早急に求められる。人事管理については、トータルマネジメントが求められるので、期待される職員像、採用、育成、異動、人事考課の方針を法人が基本を定めた上で施設における適切な運用が求められる。</p>	
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。</p> <p>社会福祉法人新生会として平成19年度に人事考課を導入し、「人事考課システムの概要」「人事考課基準の考え方」を職員へ明示している。人事考課表は考課基準(5段階)・総合計(5段階)・考課者所見(5項目)とし、考課基準では①能力評価(10項目)②態度評価(5項目)③業績評価(5項目)④勤務評価(5項目)により評価し第一次考課者、第二次考課者を配置して実施している。しかし、自己評価を行う仕組みがないこと、評価結果から具体的な人材、教育、給与面などの方策とどの様にリンクしているのか職員へのフィードバックが見られない。そのため、考課者に対する研修の実施や次期第Ⅳ期経営計画における位置づけの強化が望まれる。</p>	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。 年次有給休暇取得状況、時間外勤務状況を毎月担当者が作成しデータをチェックする体制を整備している。施設長による年2回の面談も予定されている。人事異動については、身上調書を作成し理事長、理事長代理との面談が設定されている。また、法人として心理相談員によるカウンセリング相談を設け専門家による相談支援体制を整備している。しかし、人材や人員体制に関する具体的なプランが明文化されていないことから改善の仕組みも法人、施設の双方で取り組むことが求められる。就業状況の改善に関する施設長の関与や役割についても法人との調整の中で取組まれることが求められる。</p>	
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	b
<p>評価者コメント</p> <p>福利厚生事業を実施しているが、十分ではない。 社会福祉法人福利厚生センターへ加入し、各種助成金申請等を行っている。岩手県社会福祉協議会共済事業に加入するとともに、新生園親睦会である親交会活動を実施している。また、被服貸与、インフルエンザ予防接種、健康診断の公費実施の取組も実施している。しかし、福利厚生センターへの加入は正規職員に限られていることから、臨時、非常勤職員に関する福利厚生の充実も課題となる。</p>	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	C
<p>評価者コメント</p> <p>組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。 平成26年度事業計画の重点目標に「総合的な人事管理と働きがいのある職場づくりに努めます」とあり、組織としての基本姿勢と読み取れる文章はある。しかし、法人の基本方針または中長期経営計画の目標に基本姿勢や専門職の確保、育成が位置付けられていないことは大きな課題である。現在、法人が「人材育成基本指針」「社会福祉法人新生会教育研修規程」「社会福祉法人新生会教育研修実施要領」(案)を作成し、施設は試行的にこれらを取り入れている段階である。今後はこれら指針、規程、要領を生かしつつ、法人の基本方針や中長期経営計画に教育等に関する基本姿勢や専門職の確保、育成の目標明示が急務となる。</p>	
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	C
<p>評価者コメント</p> <p>職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。 26年度事業計画には「人材育成・職員研修計画」の中で更に職員一人ひとりの教育・研修計画のあり方に繋がる方針が表明されている。しかし、研修を受講した履歴カードを作成しているものの、職員の個別の目標や施設の育成方針に基づく一人ひとりの教育・研修計画が策定されていない。</p>	
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	C
<p>評価者コメント</p> <p>研修成果の評価が定期的に行われていない。 各種研修会参加後は復命書・報告書により報告を行うとともに、職員会議等で発表する場を設けている。しかし、研修成果に関する評価・分析の方法はなく、研修の結果に基づいて次の個別の教育研修計画や研修内容・カリキュラムの見直し等が行われていない。個別の教育研修計画が策定された場合は、研修レポートや成果に対する分析、評価や計画の見直しに反映されるよう取り組む必要がある。</p>	

II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。

II-2-(4)-① 実習生の受入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	C
<p>評価者コメント</p> <p>実習生の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。が、受入れについての体制は整備されている。 実習生の受入れに対する基本姿勢は、法人の基本方針や中長期経営計画の目標に位置づけがない。しかし「新生園施設実習生受入要領」と「実習生受入手順について」に要領を定めて体制を構築している。実習生の受入れは、業務分担表に担当職員を明示しているほか、職員が介護福祉士実習指導者研修に参加している。課題は実習生を受入れる意義や社会的な責任、学生に対する姿勢などの基本的事項が位置付けられていないことである。</p>	
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>実習生の受入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいるが、十分ではない。 実習は、「新生園施設実習生受入要領」により社会福祉士、介護福祉士、保育士等の資格取得希望者や「福祉現場実習」「介護等体験」などを対象として体制を整えている。実習生には実費で食事を提供している。受入実績は特別支援学校生徒の職場実習と介護等体験となっているが、それ以外の資格実習の実績はない。実習プログラムは、実習生が所属する学校等のカリキュラム(プログラム)に基づくこととしているが、資格の種類に応じた指導方法をあらかじめ決めておく必要がある。</p>	

II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。

II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能しているが、十分に機能していない。 施設長は、新生園等防災計画に基づく防火管理者及び防災訓練総括者である。法人が定める防災マニュアル及び施設の緊急事態時初動対応マニュアルにより、災害時の対応をあらかじめ定めている。また総合防災訓練は、消防署や地区住民との協力体制の下で実施されている。利用者に感染症が発生した場合の対応は感染症対応マニュアル、健康管理マニュアル等を定めている。施設基準ではスプリンクラーの設置義務はないとのことだが、利用者の多くは車いすを利用していることから、様々な災害や事故への対応を検討する部門を位置付ける必要がある。</p>	
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。 「リスクマネジメント要領」に基づき、インシデント・アクシデントレポートにより利用者の安全を脅かす事例の収集を行っている。月に12事例程度が報告され、リスクマネージャーが原因分析と対策を練り、職員会議、朝礼・終礼で周知する流れができている。しかし、リスク要因を検討する場の位置づけがないことから、標準的なサービスの実施方法の改善に運動する取組には至っていない。環境要因、職員の要因、利用者の要因を再発防止や被害軽減の観点から検討し、個別支援計画への反映、マニュアルの改善、設備環境の改善などの対策を定期的に評価、見直しを行う取組が求められる。</p>	

II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分でない。 法人の基本方針に『地域生活支援の活動強化』を定め、基本的な考え方を示している。第Ⅲ期経営計画、平成26年度事業計画にも地域生活への支援が明記されている。地域の情報を収集しそのパンフレット等を利用者に提供している。利用者が地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員が援助を行う体制が整っている。また、利用者が自らの判断で行動できることから、タクシーを使って通院や買い物、理美容院に行くなど利用者の自由な行動を尊重している。ただし、交流を広げることを目的とした地域への働きかけは積極的には実施していない。さらに、余暇の過ごし方に支援が必要な利用者に関しては、特定(町内に開設された多業種多機能型の交流施設等)の地域資源への働きかけが必要になる。</p>	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。 職場研修の一環として実施された「AEDの取り扱い説明会・実技講習会」や講演会の際は、新生園が位置する矢巾町室岡地区の地域住民にも案内し、研修機会を提供した。理念や基本方針、施設で行っている活動等を掲載した機関紙「あらーむ」を行政区(室岡・岩清水・桜屋・館前・和味など)に500部配布し施設の情報提供に努めている。また、会議室等を貸出できることにしているが、そのことのPRはなされておらず、貸出し実績は少ない。さらに、障がいに関する相談は法人が設置する相談支援事業所の機能として分離しているため、施設独自に相談会を実施する等の取組は行っていない。今後は地域の求めに応じて専門知識や技能を提供できる職員の育成が求められる。</p>	
II-4-(1)-③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。 第Ⅲ期経営計画、ボランティア受入れ要領にボランティアの受入に関する目的が明示されている。受入れについては、要領に基づき受入窓口、受入責任者を設定し登録票の様式を定めるなど、受入の体制を作っている。地域のボランティアの定期的な受入れ事例として、裂き織り作業、植木の剪定がある。ただし、ボランティア育成に向けての講座や研修には取組んでいないことは、今後の改善課題である。</p>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。 利用者へのサービスの質の向上のために必要とされる医療機関、行政機関、障がい者団体、支援学校の情報を入手して連絡先や連絡方法を一覧にし、朝礼や終礼で周知を図っている。ただし、入手した資料の整理、更に分かりやすくリスト化して職員会議等で共有化する取組は更なる課題となっている。</p>	

II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a
<p>評価者コメント</p> <p>関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。 盛岡南近辺の障がい者福祉に関わっている地域支援事業、施設、医療機関、行政を構成員とする34団体による「紫波郡障がい者ネットワークつき会」が開催され、情報交換等が行われている。また、個別の課題や共通の問題に対しては、医療機関とのケア会議、新生会グループ内支援会議、特別支援学校との支援会議等で解決に向けた取組を行っている。</p>	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。 「矢巾町自立支援協議会」、「矢巾町生きいき町づくり委員会」と定期的な連絡会に出席して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、入所相談を受付けることで相談者に必要な情報提供を行うとともに、希望する福祉ニーズの把握に努めている。しかし、民生委員・児童委員をはじめとする地域の関係者等と会議等を開催していないため、地域の具体的な福祉ニーズを定期的に把握する取組を期待したい。</p>	
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。 平成26年度事業計画で、「本人と家族のニーズに基づいたサービス提供ができるよう、ニーズ等の掘りおこしに努めます」と明示し、「短期入所事業」を掲げている。また、グループホームへの移行を進める取組を行っている。更なる取組として、社会福祉法人に対して社会貢献活動が期待されるため、法人の一員である施設として担うべき役割や機能を検討中・長期計画や事業計画に位置付けたうえで実践する取組が求められる。</p>	

III 適切な福祉サービスの実施

III-1 利用者本位の福祉サービス

III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

III-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内での共通の理解を持つための取組が行われている。 「利用者の人間としての尊厳を尊重し、利用者本位の質の高いサービス提供」に関し基本理念に明示している。また、利用者が本来持っている力を引き出すことを前提とする基本姿勢が、入浴・清拭マニュアルや排泄支援マニュアルに反映されている。また、平成24年度に法人として虐待防止規程を策定し担当職員を1名配置するとともに、施設としても虐待防止委員会（平成26年11月）を設置している。研修については、基本的人権への意識を高めることを目的に、法人全体で虐待防止に関する研修会を開催している。欠席者には内容を回覧し周知徹底を図っている。</p>	
III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	c
<p>評価者コメント</p> <p>利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。 事業計画の中にプライバシー保護に関する取組姿勢が一部示されているが、具体性に欠けているため、規程・マニュアルとは位置づけられない。規程・マニュアルは未整備だが、事業所からの聞き取りの中で、郵便物の受渡しの留意点や宗教の自由への配慮（教会への礼拝、牧師の来訪）、一人でくつろげるスペースの確保（談話室や静養室の使用）等に関して、組織として実践されていることが確認できた。今後は、想定される場面における基本的な考え方と対応方法、留意点等を明記したマニュアルを整備した上で、職員・利用者に周知する必要がある。</p>	

III-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。

III-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。 事業計画において満足度調査の実施目的を示しているが、実施方法や担当部署、公表の方法、改善に向けた手順等が不明確である。組織として利用者満足把握に向けた仕組みを整え、職員間で共通理解を図る必要がある。利用者満足度調査は平成22年度から実施しており、年1回本人がアンケート用紙に記入する形である。また、家族会総会や家族会研修会に職員が出席し、家族との対話を通じて積極的に利用者満足の把握に努めている点は、今後も継続を期待したい。</p>	

III-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取組を行っている。	C
<p>評価者コメント</p> <p>把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。 生活支援員を担当者と位置づけているが、把握した結果は集計するにとどまっている。分析・検討するための方法や流れが不明確であるため、満足度調査の結果が改善計画や取組の重点項目に反映されていない。今後は調査結果をふまえ、利用者参画のもとで改善計画を立案することが求められる。それにより、組織で優先的に取り組む課題が明らかになり、利用者満足の向上に結び付くと考える。</p>	

III-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

III-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。 「なんでも相談」に関する資料を入所(契約)時に配布・説明するとともに、相談箱を事業所内に設置し、匿名での相談も受け付けている。相談スペースとして談話室を設け、相談しやすいように配慮している。玄関付近には相談機関のパンフレットを設置し、複数の相談相手や相談方法を準備している。</p>	

III-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。 平成12年に新生会苦情解決規程を策定し、苦情解決責任者、担当者、第三者委員を設置している。苦情解決の体制を重要事項説明書に明記し、入所(契約)時に本人・家族へ説明・配布している。玄関付近に顔写真付きで責任者、受付者、第三者委員を紹介している。解決に向けた話し合いには施設長(責任者)、部長(受付者)、課長、なんでも相談担当者、関係職種が参加し対応策を検討し、結果を本人等にフィードバックしている。しかし、第三者委員への報告に関しては、本人の拒否の意思表示を理由に報告を控えている状況である。これは新生会苦情解決規程に則った対応ではあるが、第三者委員の機能を十分に発揮してもらう意味でも、受け付けた苦情の内容や改善状況は第三者委員に報告・公表することが望ましい。</p>	

III-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	C
<p>評価者コメント</p> <p>利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。 苦情に限定されない意見や提案に対するマニュアルは整備されていない。利用者からの意見や希望に対しては、その都度本人の意向を第一に対応している状況であり、組織として記録の仕方や報告手順は定められていない。迅速に対応するためにも、緊急性や重要度をふまえた対応マニュアル(フローチャートを用いた対応手順等)の策定が求められる。</p>	

III-2 サービスの質の確保

III-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。

III-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	C
<p>評価者コメント</p> <p>サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。 自己評価、第三者評価は今年度が初めての取組であるため、定期的に評価を行う体制が整備されているとは言えない。体制に関しては、評価に関する担当者を事務分掌に明記するにとどまっている。今後は、評価結果を分析・検討するための仕組みを整えることが必要である。(参画メンバー、検討の時期・回数、検討手順、様式、職員への周知方法等)</p>	

III-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	C
<p>評価者コメント</p> <p>実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。 今回が初めての受審であるため、結果の分析・課題の明確化に至っていない。</p>	

III-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	C
<p>評価者コメント</p> <p>評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。 課題の明確化に至っていないため、改善策の立案に至っていない。</p>	

III-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。

<p>III-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。</p>	<p>b</p>
<p>評価者コメント 個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。 入浴・清拭ケアマニュアル、排泄支援マニュアルには援助方法・手順とともに、サービス実施時の留意事項が記載されている。しかし、サービス全般において実施方法が文書化されているわけではない。例えば作業場面(印刷、洗濯、さき織り等)における作業手順や作業上の留意点は確認できるが、職員が利用者に関わる上での利用者尊重やプライバシー保護の記述は確認できない。入浴や排泄等に関して既にマニュアルがあるため、それを参考に食事や移乗、作業等においても標準的な実施方法の文書化が求められる。</p>	
<p>III-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。</p>	<p>c</p>
<p>評価者コメント 標準的な実施方法について定期的に検証をしていない。 実施方法の見直しは必要に応じて行っている状況であり、定期的な検証は行っていない。見直しに関する時期やその方法を組織として定めることが必要である。さらに、利用者の心身状況の変化や施設の設備に応じて留意点を職員間で再確認し、定期的に検討を重ねることが望まれる。</p>	

III-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

<p>III-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。</p>	<p>b</p>
<p>評価者コメント 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。 ケース記録、送迎記録、作業記録、施設外活動実施記録、生活介護記録、洗濯科作業記録等が整備されている。ケース記録については、サービス管理責任者が目を通した上で記録の仕方を助言・指導している。利用者数名の実施状況の記録を確認したが、アセスメント・課題抽出・実施計画について関連性が乏しいため、サービス実施計画に照らした記録としては十分とは言えない。また、記録内容にばらつきが生じないように、先輩職員から新任職員に対して記録に関するOJT(業務を通しての指導・教育)を取り入れているが、指導にあたっては先輩職員が経験をもとに指導している。指導の統一を図る意味でも、記録物の一覧表を作成し、記録する際のポイントをまとめた資料があると、指導に差異が生じにくくなり、共通理解が図られる。</p>	
<p>III-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	<p>b</p>
<p>評価者コメント 利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。 個人情報管理規程により個人情報の取扱に関する基本的ルール(保管方法、利用、廃棄等)を定めている。記録の保存年限は処務規則に明記し管理している。情報開示に関しては重要事項説明書に明記し、入所(契約)時に利用者へ説明している。日誌やケース記録は複数のパソコンで入力を行うが、全てのパソコンにパスワードを設定し情報保護に努めている。ただし、記録の管理に関する研修や教育は行われていないことから、周知徹底を図る意味で実施を期待したい。さらに、ケース記録の保管場所についても工夫を望む。</p>	
<p>III-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。</p>	<p>b</p>
<p>評価者コメント 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。 利用者の情報は、パソコンネットワークシステムを利用し職員が共有する仕組みが構築されている。朝礼や終礼を利用して申し送りが行われ、参加できないときは資料を回覧している。支援会議(=ケアカンファレンス)の内容はケース記録に転記する形をとっている。しかし、職種や職位によって必要となる情報の分別や、その流れが整理されていないため、自分にとって必要な情報の範囲及び必要性が不明確である。必要な人に必要な情報が的確に届く仕組みが求められる。</p>	

III-3 サービスの開始・継続

III-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

<p>III-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。</p>	<p>a</p>
<p>評価者コメント 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供している。 法人のホームページを作成し公開している。施設のパンフレットには写真や図を取り入れ、矢巾町さわやかハウスや利用希望者が相談に訪れる機関等に置いている。見学希望者には、施設のサービス内容を説明し対応している。体験入所は行っていないが、必要に応じて短期入所の利用を勧め、施設の雰囲気や提供できるサービスを体験してもらうよう努めている。</p>	

III-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a
<p>評価者コメント</p> <p>サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。サービス開始時には、利用者本人と身元引受人に対し、ふり仮名を付けた重要事項説明書等をもとに説明し同意を得ている。説明は手順書に従って行われ、組織として統一されている。他のサービス利用が適当と思われる場合は、本人の希望を確認したうえで、適切な機関等を紹介したり引き継いでいる。</p>	

III-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

III-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>サービス内容や施設の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。地域移行を目指している利用者に対しては、地域生活移行支援プログラムを作成し、支援に関わる機関の担当職員と連絡を取りながら移行に向けた支援に取り組んでいる。サービス終了後1ヵ月をめぐりに本人を訪問し、現況を確認するとともに困りごと等への相談に応じている。サービス終了後の相談窓口や担当者については、次の引き継ぎ先を決定した上で移行を進めることを前提としていることから特に設置していない。ケアサマリー(本人の情報をまとめた資料)も先方からの依頼がない限りは提供していない。地域や家庭に移行する利用者は今後も想定されることから、サービス終了時の手順や引き継ぎ文書を予め定めておき、適切な変更・移行支援につながるよう期待する。</p>	

III-4 サービス実施計画の策定

III-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

III-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	c
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するための、アセスメントの手順を定めていない。</p> <p>アセスメント表は統一した様式を用いているが、アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めていない。事業計画に年2回実施するとの記載があるが、サービス実施計画におけるアセスメントの位置づけと重要性を職員間で確認した上で、状況を正確に把握するための手順を定める必要がある。手順を定めておくことで、本人の希望に変化が生じた場合や突発的な事態が発生した場合においても迅速な対応が可能となる。</p>	
III-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示しているが、十分ではない。</p> <p>アセスメントで得た情報に基づき、個別支援計画表に解決すべき課題を明示しているが、具体性に欠けた表現となっている。本人が希望する理由や心身へ及ぼす影響等も考慮することで、課題解決に向けた具体的なサービス実施計画が立案しやすくなり、実施記録にも反映されやすい。(課題の例：肥満傾向にある→肥満により膝の痛みを訴え、歩行時に介助を求めることが多くなっている)</p>	

III-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

III-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。</p> <p>サービス実施計画策定の責任者をサービス管理責任者としている。計画策定のための支援会議にはサービス管理責任者、担当支援員に加え、原則本人も出席し希望を直接聴取している点は評価できる取組である。しかし、個別支援計画表に提供状況のチェック(A、B、C)はあるが、数値目標の達成度や提供できなかった要因に関する具体的な記載はない。サービス実施計画に照らしたチェック表の活用、利用者や職員との関わりを場面ごとに記録するといった提供状況の裏付けが求められる。</p>	
III-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。</p> <p>見直し時期を6ヵ月毎と定め、サービス管理責任者、担当支援員、関係職種が参加し支援会議において評価・見直しを行っている。評価の際も策定時と同様、原則本人が参加し、意向がどの程度達成されたか自ら発言している。この点は利用者本位の視点を取り入れる方法として評価できるものであり、今後も継続していただきたい。ただし、変更した実施計画の職員への周知方法や実施計画を緊急に変更する場合の仕組みは不十分であるため、体制整備が望まれる。</p>	

A-1 利用者の尊重

1-(1) 利用者の尊重

A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫が十分ではない。 標準様式「アセスメント表」に「意思疎通・コミュニケーション、人間関係」の項目を設け、コミュニケーション手段に特別の配慮を要する場合にその状況が記載されている。実際には、言語による意思疎通が可能な利用者が大半であるが、失語症や聴覚障がいのある利用者もいる。これら意思伝達に制限のある利用者に対しては時間をかけて待ちながら対応する等支援に配慮はなされているが、手話やコミュニケーション機器の利用等については対応が遅れており、十分とはいえない。</p>	
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない。 生活場面の全体を通して、利用者の主体性・自主性を重んじ、職員は助言者として補助的な関わりを心がけている。外出や外泊についても、医師等から特別の指示がない限りは自ら届けを提出するのみで自由に行うことができる一方、事故やトラブルへの巻き込まれ等に対するリスク管理については今後の課題となっている。本人活動の場としての自治会について、以前は定期開催されていたが、利用者の高齢化や目的意識の低下により現在休会となっており、取組の見直しについて検討されているところである。</p>	
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>見守りと支援の体制の整備が十分ではない。 支援マニュアルの中に見守りの姿勢を基本としながら必要ときに迅速に支援を実施する配慮事項について明示されている。このマニュアルは事務所に備え付けられいつでも確認できる。新任職員研修をはじめ、職員間で基本姿勢や対応、施設整備に関して検討する取組が計画的に実施されているとはいえず、今後の課題となっている。</p>	
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	b
<p>評価者コメント</p> <p>利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムが十分ではない。 生活介護事業において月1～2回程度調理実習に取り組んでいる。この際、メニューについてはできるだけ利用者が決めて、調理も役割を決めて協力し合いながら実施している。その他の社会生活力向上に向けた学習・訓練プログラムは標準化されていない。社会生活能力そのものについては自立度が高くても経験が限定的で、新たな技能や方法の習得・学習の機会が不足している。ソーシャルスキルズ・トレーニング(SST)の実施についても必要性を感じており、今後の課題となっている。</p>	

A-2 日常生活支援

2-(1) 食事

A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a
<p>評価者コメント</p> <p>サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。 個別の食事形態・禁止事項等については食事内容表にて一覧できるようにまとめられている。標準的な支援の方法についてはマニュアルが用意されており、体調等により食事内容を変更する際には利用者本人からの申出を基本とし、本人が言えない状況にあるときは職員の観察を通して本人に確認の上対応されている。</p>	
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a
<p>評価者コメント</p> <p>食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫をしている。 毎年度7月、1月の2回、嗜好調査を実施している。この結果については2か月ごとに開催される給食会議で報告され、利用者の参加も得ながら対応可能なメニューについては献立に反映するように努めている。給食会議については年6回のうち3回利用者代表の参加を得ている。適温提供については、個々で感じ方が異なるため、個別対応を心がけている。周囲が気になって落ち着いて食事がとれない利用者に対してはパーテーションで区切られたスペースの活用等でできるだけ利用者本人がゆったりと食事をとれるように配慮している。調味料・香辛料等については、適量摂取が難しい利用者への配慮から、配膳カウンターに設置し、声かけにて対応している。</p>	

A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>喫食環境の配慮が十分ではない。 食堂はワークセンターむろおかと共用しており、時間帯によっては込み合う場合がある。車椅子利用者の移動を考慮して、できるだけ物を置かずスペースの確保が図られている。同じ理由で装飾なども必要最小限とし、安全面重視の環境整備となっている。喫食時間は2時間の枠を取り、必要に応じて対応している。スプーンやフォーク等の食器及びトレイ等の器具類に劣化がみられ、給食委員会を通して対応について検討されているところである。</p>	

2-(2) 入浴

A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。 「入浴支援マニュアル」、「入浴・清拭等に関するケアマニュアル」、「女性利用者入浴について」及び「男性利用者入浴支援について」等の手順書類が整備され、これらの中に具体的支援の手順、安全配慮事項やプライバシーの保護に関する支援の方法について明示されている。支援の記録についてはケース記録に記載されている。</p>	
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の希望に沿って行われている。 女性利用者については午前6時に浴室前にその日の入浴希望を確認するためのボードが掲げられ、利用者本人による申出により入浴(入浴は毎日可能)予定を決定している。自発的な入浴がみられない利用者に対しては、職員が声かけをし、強制しない程度に適切な頻度による入浴を促している。男性利用者については、本人の希望及び必要性についてあらかじめ確認した上で、一週間単位で表にまとめ、利用者に提示している。その他、汗等で体が汚れた時にもシャワー浴等の対応が可能となっている。</p>	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	c
<p>評価者コメント</p> <p>環境は適切ではない。 男性の浴室は広さがあり、現在の暖房設備では冬期間なかなか暖まらない。職員会議において、暖房設備を改修する必要性について検討されている。また、脱衣室及び浴室内の歩行用すりの整備が十分ではない。各々の障がい状況や高齢化による機能低下に配慮した安全管理上の整備が急務である。</p>	

2-(3) 排泄

A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a
<p>評価者コメント</p> <p>介助は快適に行われている。 標準様式「アセスメント表」に「排泄」の項目を設け、排泄場面で特別の配慮を要する場合にその状況が記載されている。排泄支援について、「一般」、「オストミー」、「オムツ利用者」、「介助を要する場合」と分けて、標準的な支援手順について明示している。支援の記録はケース記録に記載されている。オムツ利用者やオストメイト(ストーマ保有者)もいるが、基本的に処理については自立しており、支援が必要な場合には本人からトイレ呼出設備や携帯電話で職員に支援を求める連絡があり、それぞれに対応している。</p>	
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	c
<p>評価者コメント</p> <p>清潔かつ快適ではない。 トイレ内は、車椅子利用者に配慮し扉はカーテンを設置している。カーテンは使用していないときには必ず開けておくルールで定着しているが、カーテンの丈が短い場所がある等プライバシー保護の面で配慮・工夫が十分とはいえない。温水洗浄器付便器を完備している。清掃は、平日についてはシルバー人材センターに委託して毎日実施、休日はパート職員が朝に確認することとなっている。1階女子トイレに窓がなく採光・換気に課題がある。暖房は整備されているが冷房がなく、整備する予定もない。</p>	

2-(4) 衣服

A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 利用者がそれぞれの好みに応じて本人もしくは家族が購入している。貸与はしていない。TPOにそぐわない服装があれば口頭で助言するとしている。</p>	
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	b
<p>評価者コメント</p> <p>衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適宜行われているが、十分ではない。 着替えに関しては利用者個人がそれぞれの判断で行っており、職員は必要に応じて支援している。着替えに関する支援については、職員の意識として定着はしているが、決められた標準的な手順は明示されていない。身体の障がいに合わせて調整が必要な場合や補修が必要な場合には、職員が対応したり個々に生活介護事業所の軽作業班(裂き織り作業・ウエス作業等)に依頼している。これら補修等に関する標準的な手順は用意されていない。</p>	

2-(5) 理容・美容

A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 整髪・化粧については、利用者個々の希望を尊重し、特に制限していない。多くの利用者は施設近隣の理髪店・美容院を利用している。インフルエンザ等感染症が流行する時期には、園内で散髪支援を行ったり、近隣の理髪店から巡回の協力を得ている。髪のカラーリングについても支援している。ひげや爪に関しては自己管理を基本とし、清潔感が損なわれている場合には職員が声をかけ、改善を促している。</p>	
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a
<p>評価者コメント</p> <p>配慮している。 地域の理髪店・美容院を利用する利用者が多い。基本的には自分で行っているが、精神疾患があって不安が大きい等特別の配慮が必要な利用者等については、予約から送迎まで支援を行っている。</p>	

2-(6) 睡眠

A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a
<p>評価者コメント</p> <p>配慮している。 同性介護の視点により夜勤は職員男女2人体制にて対応、2時間ごとに居室を巡視している。不眠により他の利用者の睡眠に影響を与えると判断された利用者に対しては、短期入所用の居室又は保健室にて対応する。必要な利用者には体位変換やオムツ交換に対応している。寝具の私物使用は認められており、重要事項説明書に記載され利用者にも説明されている。</p>	

2-(7) 健康管理

A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a
<p>評価者コメント</p> <p>適切である。 利用者の健康管理に関する各種様式が整備され、看護師によって適切に管理されている。利用者個々の健康管理情報録を毎年作成している。保健衛生に関する取組は年間スケジュールで管理されている。各種検診で精密検査が必要と判定された利用者には受診を促し、異常が発見された際には家族に情報提供し治療に向けた相談に応じている。標準的な健康プログラムは整備されていないが、利用者の必要性に応じて個別に指導している。毎週月曜日に訪問歯科が来園している(歯科衛生士等による口腔衛生指導までは行っていない)。</p>	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	b
<p>評価者コメント</p> <p>必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。 感染性疾患への対応マニュアルが整備され、常に看護師の助言を受けられる体制が取られている。利用者の定期通院については盛岡友愛病院及び盛岡赤十字病院との連携を密にして連携、緊急時には同法人内のみちのく療育園とも連携している。利用者の入院等医療連携が必要となる場合の医療機関との医療情報の共有化についてはケース記録の提示やカルテの持参、看護師が同行しての口頭説明で対応しているが、より円滑な情報共有化に向けて手順に関するマニュアル及び看護サマリーの様式化が望まれる。</p>	

A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	C
<p>評価者コメント</p> <p>確実に行われていない。 薬剤管理及び投薬管理に関する注意事項が文書で定められ、看護師からは朝礼及び終礼で服薬支援に関して注意喚起している。複数種類の薬を服薬している利用者については薬局で一包装してもらっている。与薬時は袋に書かれた日時や氏名等の確認を徹底し、誤薬防止に努めている。万一誤薬があった際には看護師に連絡し、対応の助言を受けることとしているが、具体的な対応方法等についてはマニュアルとして整備されておらず、改善が望まれる。</p>	

2-(8) 余暇・レクリエーション

A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されているが、十分ではない。 地域イベントの情報について掲示や口頭で情報伝達し、希望があれば送迎等に対応している。自治会活動が休止している状況の中で、利用者が主体的に行事を企画・立案する機会はほとんどなく、個別的な対応が主となる。集団としての活動は、随時外出(工場見学、ドライブ等)する程度である。ボランティア受け入れ要領を作成し、趣味、レクリエーション等の指導及び補助を目的にボランティアの受け入れを行っているが、施設の地域交流イベントや生活介護事業に特定の参加がある他はあまり積極的に取り組んでいるとは言えない。</p>	

2-(9) 外出・外泊

A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。 「外出届・外泊届」に必要事項を記入し、職員に確認することで、基本的には利用者の希望で自由に外出することができる。自治会活動は現在休止となっていて、利用者が参加して外出のルールを定める取組はなされていないが、外出の際は障害者手帳の携行を励行している。また、緊急時等は携帯電話で連絡を入れることを伝えている。地域のイベントについては町広報誌の回覧・掲示等で周知を図っているが、地域のガイドマップは作成していない。外出に向けたソーシャルスキル獲得を目的とした学習プログラム等は特に行っていない。</p>	

A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。 「外泊届」に日時や移動手段、宿泊先等の必要事項を記入し、職員に提出することで、基本的には利用者の希望で自由に外泊することができる。利用者や家族の都合による急な外泊や帰園にも対応している。自治会活動が休止しており、その他の機会も含めて利用者が参加して外泊のルールを定める取組はなされていない。</p>	

2-(10) 所持金・預り金の管理等

A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>管理体制が整備されているが、取り組みが十分ではない。 自己管理が可能な利用者についてはその使用方法の助言を行ったり「ロッカー貸出要綱」に基づき貸ロッカーの活用を図るなどして適切な金銭管理を支援している。一方、自己管理が難しい利用者に対しては「利用者預り金等管理規程」に基づき金銭管理を代行しているが、四半期ごとに利用者へ報告のために本人及び必要に応じて家族に提出すべき個人別預り金出納帳の整理が遅れがちになっており、改善が求められる。自己管理ができるようになるための支援として、少額管理から職員と一緒に活動・同行支援を通じて学習支援に取り組んでいる。</p>	

A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の意志や希望が尊重されている。 新聞・雑誌の個人での購入、テレビやラジオ等の個人での所有を認めている。新聞については園でも定期購読し、集会室に保管し誰でも閲覧できるようにしている。</p>	

A-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の意志や希望が尊重されている。 実質、自治会活動は休止状態にあるが、平成20年3月に制定された「新生園・ワーク自治会会則」において、たばこは所定の場所で吸うこと、飲酒は夕食後から午後9時までの時間を守ることを取り決め、これを遵守事項として周知している。更に飲酒は原則食堂に場所を限定している。特別の支援が必要な場合、個別支援計画に支援の内容を盛り込み、本人の健康や経済面で不利益を被ることを防ぐように支援している。</p>	