

(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

社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

施設名称: 第二新生園	種別: 障害者支援施設
代表者(職名)氏名:芳賀 淳(施設長)	定員・利用人数: 85名 ・ 79名
所在地: 岩手県紫波郡矢巾町大字太田 17-54	
TEL: 019-697-8011	ホームページ http://www.i-sinseikai.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日: 昭和 63 年 4 月	
経営法人・設置主体(法人名・理事長名等):社会福祉法人新生会 理事長 阿部 肇男	
職員数	常勤職員: 36名 非常勤職員: 9名
専門職員	施設長 1名 書記 1名
	総務支援部長 1名 看護師 1名
	総務課長 1名 生活支援員 3名
	支援一課長 1名 管理当直員 3名
	支援二課長 1名 運転手 1名
	看護師 1名
	管理栄養士 1名 社会福祉士 5名
	主任生活支援員 2名 介護福祉士 12名
	生活支援員 25名
	職業指導員 2名
施設・設備 の概要	(居室名・定員: 14室・40名) (設備等)
	4人 3室 冷暖房設備(全居室・食堂)
	3人 6室 トイレ洗面所は共用
	2人 5室 直結型スプリンクラー(全施設)

③ 理念・基本方針

【法人の理念】

「輝く命」

体と心は病気になりますが、命は病気にならない。気がついたら歩けない体に住んでいた。手が使えない体に住んでいた。住んだ体はどうであれ、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。よりよい状態で生き続けることこそが幸せと思います。

この人たちが、今日もまた生きていることを楽しみ、飾りのない命を見せてくれます。

(日浦美智江著 「みんな一緒に」から引用)

【法人の基本方針】

第1 人権の尊重

私たちは、利用者の人権を侵害することなく障がいがあるが故の差別をしてはならない

第2 四者一体となった運営

私たちは、利用者・家族・職員・役員の四者一体となって運営を図らなければならない

第3 倫理の確立

私たちは、法令遵守や高い倫理観が求められており、常に人格・資質の高揚に努めなければならない

第4 地域生活支援の活動強化

私たちは、地域と連携し、要援護者に対してよりよい支援提供に努めなければならない

【第二新生園の運営にあたって】

全職員が『利用者の命を大切に、人権を尊重し、自立を願い、一人一人にとって安心できる生活・活動の提供をとおして、そのかけがえのない人生を支える』との信念を共有し、業務にあたります。

④ 施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

- 1 障がいのある方々に、施設入所支援、生活介護、就労継続支援B型の各事業並びに入所・通所のニーズに対する支援を一体的に実施する事業所として、基本的な支援を大切にしたサービスを提供しています。
- 2 短期入所、日中一時支援利用者のコンスタントな受入れ体制により、保護者の負担軽減のための支援に努めています。
- 3 法人内のグループホーム、就労支援事業所、相談支援事業所と連携を図り、利用者の生活の安定及び地域移行の推進に努めています。
- 4 利用者の生活への意欲、生きがい感の高揚のため、工夫した作業活動、余暇支援を行っています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年12月15日（契約日） ～令和5年2月16日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（平成29年度）

⑥ 総 評

◇ 特に評価の高い点

多様なニーズを持つ利用者の支援

障がいの重い利用者の不適応行動や予測できないような行動をする利用者への支援について、外部研修を受講した職員の伝講をもとに専門知識の習得に努め、また、個別支援計画の作成時の検討は勿論、随時ケース検討会で協議、検討し、利用者の行動不安定等への対応について全職員で情報共有し、取組む仕組みを作っている。

なお、利用者の意見、要望等について、例会や個別面談の機会に加え、新たに「お願いシート」という仕組みをつくり、利用者の意思を汲み取る支援を増やしている。

◇ 改善を要する点

福祉人材の確保・定着

施設では、職員の退職等により加重労働の状況となっている。原因は複数考えられるが、利用者の高齢化や疾病割合並びに行動障害に係る個別対応者の増加による過重な業務もそのひとつと思われる。施設長を中心に業務内容の見直しを図ってはいるものの、抜本的な改善には至っていない。加えて、新規採用や欠員にともなう補充採用も厳しい状況にある。人材の確保・定着に向け、業務内容や人員体制及び雇用条件等の見直しを図る必要がある。

⑦ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

当施設として3回目の受審となりました。訪問調査者の皆さまには、当施設の現状につきまして、身に余る評価をいただいたことに心から感謝申し上げますとともに、課題につきましては、適切かつあたたかいご指導、ご助言を真摯に受け止め、背筋が伸びる思いでおります。

特に当施設の主な課題は下記4点と捉えております。

- 中長期収支計画が未策定。
- 人材確保、定着に対する課題について、改善する仕組みの構築が不十分。
- ボランティア受け入れ体制及びボランティア養成プログラムの整備。
- 建物の老朽化。旧棟の暗さ、設備の古さ。

以上のことから、第二新生園は、令和5年度以降、計画的、そして、具体的に取り組みを進め、より良い利用者支援の提供、また、地域貢献・社会貢献の実現に向けて邁進したいと存じます。今後とも変わらぬご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願いいたします。

⑧ 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果

受審事業所名： 障害者支援施設 第二新生園

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・周知されている。		第三者評価結果
1	I-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
<p><コメント1></p> <p>法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。</p> <p>法人の理念と基本方針は、中長期経営計画(令和3年度～令和8年度)に明文化されている。理念は、法人の特徴を端的に表している。基本方針は、理念との整合性が確保されており、職員の行動規範となる内容である。理念や基本方針は、ホームページやパンフレット等で周知している。</p> <p>施設は、職員には定例の職員会議、利用者には例会や利用者の写真と理念の言葉を合わせたラミネートパネルの掲示、家族には広報紙や来園時の説明、地域や関係機関には広報紙や運営協議会等により、周知を図っている。</p>		

I-2 経営状況の把握

I-2(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		第三者評価結果
2	I-2(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
<p><コメント2></p> <p>事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。</p> <p>法人は、新たな中長期経営計画の策定にあたり、法人の基幹職員をメンバーとする事業再編委員会で、中長期経営計画を策定している。策定にあたっては、国や県の福祉行政動向、矢巾町や紫波町及び盛岡市の地域福祉計画の内容、福祉サービスのコスト分析、法人の現状と経営課題等に着目し、事業経営をとりまく環境と経営状況の把握・分析を行っている。また、入所希望者の問合せに対し、随時見学や相談に応ずるとともに、その記録を残し、地域の潜在的なニーズの把握に努めている。</p> <p>施設は、毎月一定の事項について財務状況の分析を行うとともに、福祉サービスごとに利用実績の分析を行い、コスト、利用者数、利用率の把握に努めている。また、分析結果については、運営会議や職員会議で周知を図っている。</p>		
3	I-2(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b
<p><コメント3></p> <p>経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分ではない。</p> <p>法人は、事業再編委員会で、法人としての地域課題や事業の問題点、あるいは解決に向けた課題を把握・検討している。これらの内容は、経営企画会議、理事会、評議員会に報告され、理事・監事等に共有されている。</p> <p>施設では、運営会議で財務分析や利用率分析により経営課題を明確にしている。分析結果は、定例の職員会議や運営会議で職員に周知している。また、経営状況や改善すべき課題については、随時法人本部に報告するとともに、監事監査時に監査員にも報告している。</p> <p>しかし、経営課題の解決・改善に向けて取組を進めているが十分ではない。施設には、運営会議やサービス向上委員会のさらなる充実を図り、経営課題の解決・改善にむけた取組を期待する。</p>		

I-3 事業計画の策定

I-3(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		第三者評価結果
4	I-3(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
<p><コメント4></p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していなく、十分ではない。</p> <p>法人は、中長期経営計画の策定にあたり、令和3年度から令和8年度までの中長期のビジョンを明らかにし、経営や実施する福祉サービスに関する中長期事業計画を策定している。本計画は、事業の実施状況の評価を行うための具体的な指標を定めた内容となっている。見直しについては、中長期経営計画の折り返しの年度(令和5年)に行うこととしている。</p> <p>施設は、法人の中長期経営計画及び利用者や家族へのアンケート結果を踏まえて、年度別の事業計画を作成している。</p> <p>しかし、中・長期収支計画を策定していないことから、十分ではない。中・長期収支計画を策定する必要がある。</p>		

5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b
<p><コメント5> 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。 施設は、中長期経営計画の重点目標を踏まえ、事業計画の運営方針及び数値目標を設定している。事業計画は実行可能な具体的な内容となっている。折々の職員会議で事業計画の周知を図り、具体的な成果の達成に向け取り組んでいる。また、事業計画の実施を可能とする単年度の収支計画を作成している。 しかし、単年度の収支計画は、中長期収支計画が策定されていないことから、内容が十分ではない。中長期収支計画を策定する必要がある。</p>		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		第三者評価結果
---------------------------------	--	---------

6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
---	--	----------

<コメント6>
 事業計画が職員等の参画のもと策定でされているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。
 法人は、年度初めに各事業所・施設から提出された事業計画に評価・分析を加え、法人の事業計画を策定している。
 施設は、法人の示す時期・手順により事業計画を作成している。年度末のケア会議で意見や提案の集約を行い、サービス向上委員会でき整理し、運営会議での協議検討を経て作成する仕組みとなっている。事業の進捗状況の把握や評価は、9月及び年度末の運営会議や職員会議で行っている。
 しかし、事業計画実施状況の把握や評価・見直し、事業計画に対する職員の理解が十分ではない。施設には、運営会議やサービス向上委員会のさらなる充実を図り、評価結果にもとづく事業の見直しを適切に実施するとともに、事業計画への職員の理解を促す取組を期待する。

7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
---	--	----------

<コメント7>
 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。
 施設は、利用者には、施設の広報紙、施設内の掲示物、例会での説明により周知を図っている。また、事業計画書を、入所玄関、通所玄関、就労B休憩室にそれぞれ設置し、常時閲覧できるようにしている。家族には、今年度は保護者会総会の開催を自粛していることから、事業計画書の郵送により理解を促す予定となっている。
 しかし、事業計画を利用者に周知しているが、十分ではない。利用者の障がい特性に応じた資料の内容や説明の仕方についての継続的な工夫を期待する。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		第三者評価結果
---	--	---------

8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
---	--	----------

<コメント8>
 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。
 施設は、毎月行われるケア会議でPDCAによる福祉サービスの評価・分析を行い、福祉サービスの改善につなげている。また、サービス向上委員会が、ケア会議の分析・評価結果を受けて取組状況を確認し、福祉サービスの質の向上や業務支援マニュアルの見直しにつなげている。第三者評価は定期的な受審しており、評価結果はサービス向上委員会で分析・検討を行う仕組みとなっている。
 しかし、福祉サービスの内容について組織的に評価を行なっているが、十分に機能していない。施設には、サービス向上委員会の機能及び運営会議やケア会議の充実を図り、福祉サービスの質のさらなる向上に取組むことを期待する。

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b
---	---	----------

<コメント9>
 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。
 施設は、ケア会議、サービス向上委員会、運営会議の順で福祉サービスの評価・分析を行い、結果を文書化している。また、評価・分析の結果は、職員会議で説明が行われ、職員間の共通の理解となっている。第三者評価結果については、サービス向上委員会が分析・検討を担当している。
 しかし、福祉サービスの内容の評価や改善に向けた取組は、十分に機能していない。施設には、前項と同様に、サービス向上委員会の機能及び運営会議やケア会議の充実を図り、課題の解決・改善に向けたさらなる取組を期待する。

評価対象 II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		第三者評価結果
10	II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a
<p><コメント10> 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。 施設長は、年度始めの職員会議において施設の経営方針や取り巻く経営環境及び事業の重点項目等について説明している。さらに、毎月の職員会議で事業の進捗状況や課題及び対策に言及し、指導や助言に努めている。自らの役割と責任については、事務分担表に明記している。利用者や家族に対しては、広報紙に掲載し理解を図っている。また、有事の際の役割と責任及び不在時の権限委任については非常災害対策基本マニュアルに明記している。</p>		
11	II-1-(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><コメント11> 管理者は、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。 施設長は、法制度の動向や改正への理解に努めている。また、遵守すべき法令等を理解し取引業者や行政関係者とは適正な関係を保持している。職員に対しては、定例の職員会議で遵守すべき法令等の周知に努めている。また、法人の理念及び基本方針にもとづき、人権侵害に関する自己チェックを毎月実施し、あるいは虐待防止の研修会に職員全員を参加させ、法令遵守の意識の醸成を図っている。 しかし、労働法等を理解するための取組は十分ではない。施設長にとって、労務管理は重要なテーマであると認識していることから、労働関連法令等の理解に努めることを期待する。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		第三者評価結果
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
<p><コメント12> 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。 施設長は、福祉サービスの質の向上が施設運営の最重要のテーマであるとの認識のもと、職員の指導にあたっている。具体的には、ケア会議によるサービスチェックの実施、職員会議での課題の検討、人権侵害の自己チェックの実施、虐待防止研修への参加促進、研修会への派遣、福祉関連法令の理解等に関する助言・指導である。また、サービス提供の現場を巡視し、気付いたことを職員にフィードバックする方法で助言・指導に努めている。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p><コメント13> 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。 施設長は、職員から出された業務改善の声を参考に、ケア会議のあり方、時間外勤務の削減、負担軽減に向けた業務の見直し等に力を注いでいる。財務分析については、会計報告書により予算比及び前年度比の分析を行っている。また、月次財務集計により人件費比率の分析を行い、職員配置に関する検討を行っている。その他、運営会議の主導、夜勤職員の休日確保、研修会への参加にともなう管理職の現場支援等の取組により、経営の改善や業務の実効性の向上に向け指導力を発揮している。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		第三者評価結果
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b
<p><コメント14> 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。 法人は、中長期経営計画に福祉人材の確保・定着に関する基本的な方針を明記し、法人本部が窓口となり募集活動を行っている。具体的には、就職情報サイトや法人のホームページを活用した情報発信、各種の就職説明会への出席、在職者の出身学校への呼びかけ等である。職員の育成に関して「教育研修実施要領」や「目標管理制度」によって実施している。また、臨時職から常勤職への内部登用制度の導入、資格取得への支援も、職員の育成・定着に効果を発揮している。 しかし、施設では、職員の退職にともなう加重労働の状況にあり大きな運営課題となっている。数年のスパンで退職の原因を検証し、改善策を講じる必要がある。</p>		

15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント15> 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。 法人は、理念・基本方針にもとつき「期待する職員像」を明文化している。人事管理については、目標管理制度と一体的に行い、成績考課、能力考課、情意考課により職務に関する成果や貢献度等を評価している。また、考課にあたっては、考課者研修と被考課者研修を実施し、客観的かつ公平な運用に努めている。処遇改善については、法人給与規則検討委員会における検討結果により実施している。 しかし、人事考課制度等により職員の評価を行っているものの、十分に機能していない。法人は、職員が自ら将来の姿を描くことができる人事基準の充実及び人事基準への職員の理解に努める必要がある。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		第三者評価結果
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b
<p><コメント16> 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。 施設は、働きやすい職場づくりに向け、休日・休暇の確保、時間外勤務の削減、年次有給休暇の取得促進、ワークライフバランスへの配慮、定期的な健康診断、心の健康づくり相談、ハラスメントの防止、育児休業制度の利用、ソウエルクラブへの加入等に、施設長を中心に職員全員で取り組んでいる。特に、退職理由の最大要因と思われる業務負担の増大を解消するため、業務内容の見直しを行い、年次有給休暇の取得や時間外勤務の削減等につなげている。 しかし、職員の就業状況の把握に努めているものの、改善する仕組みの構築が十分ではない。新規採用が困難であり、かつ退職者が続いている状況に鑑み、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関するさらなる取組を期待する。</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。		第三者評価結果
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
<p><コメント17> 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。 法人は、「期待する職員像」を明確にし、人事考課制度により目標管理の仕組みが構築されている。職員一人ひとりの能力開発や専門性向上に向けた個別面接を各事業所・施設に義務づけている。 施設は、コミュニケーションを重視した個別面接を実施している。職員による職能面接シート作成から始まり、目標設定面接、中間面接、最終のフィードバック面接を一定のスケジュールで行っている。目標の達成項目と未達成項目及びその原因については、次年度に引継がれる仕組みとなっている。 しかし、職員の育成に向けた取組は十分ではない。施設には、職員一人ひとりの個別事情を踏まえた目標項目、目標水準、目標期限の設定を期待する。</p>		
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
<p><コメント18> 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 法人は、「期待される職員像」を明確に定め、それに沿った法人所管研修の年間計画を人材育成委員会が策定し、実施している。策定にあたっては、受講者からのアンケート結果を踏まえ、実施した研修内容を評価・分析し、課題を明らかにしている。 施設は、研修委員会が教育・研修計画を作成し、施設所管研修を実施している。研修参加者の感想や意見及び三事業部門（施設入所支援・生活介護・就労継続支援B型）の研究テーマによる発表会の内容を踏まえて、研修計画の立案及び見直しを行っている。また、自己啓発研修については、職員全員で配慮している。</p>		
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
<p><コメント19> 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。 法人は、新任職員研修及び新規入職者フォローアップ研修を実施している。 施設は、職員研修履歴カードで職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況を把握し、教育研修体系にもとづいて人材育成の取組を行っている。新任職員の研修については、担当職員を配置し、2か月間のOJTを実施している。また、役職、勤務年数、担当業務に応じて研修に参加できるよう調整を図っている。資格取得や自主研修にあたっては職務専念義務免除等の配慮がなされている。外部研修に関する情報提供は適切に行われ、勤務調整を行い、参加を促している。</p>		

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		第三者評価結果
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
<p><コメント20> 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。 法人は、法人としての社会貢献、業界の将来を担う人材の育成、職員のOJTの機会確保に有用であるとの視点で、実習生の受入れについての基本姿勢を明文化している。 施設は、実習生の受入体制及び受入マニュアルを整備している。実習プログラムは、各事業所で学ぶことができるように配慮するとともに、本人や学校側と調整を行い、専門職種の特性に配慮した内容となっている。本年度はコロナ禍による業務繁忙のなか、県立大学生のソーシャルワーク実習を実施している。実習担当者は、指導者教育研修を受講している。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		第三者評価結果
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a
<p><コメント21> 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。 法人は、ホームページを活用し、法人経営に関する基本情報を公開している。具体的には、理念・基本方針、事業の実施結果、予算、決算、第三者評価事業の受審結果、中長期経営計画、苦情・相談に関する内容等である。また、法人広報紙を関係各所に配布している。 施設は、施設の所在地である太田地区に向けて広報紙を発行し、施設の運営状況を報告している。家族に対しては、入所生活介護、通所生活介護、就労継続B型事業それぞれの事業所で広報紙を発行し、施設の日常を報告している。財務に関しては、内部監査結果と公認会計士の指導結果を公表している。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
<p><コメント22> 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 法人は、施設の事務・経理・取引等に関するルールと権限及び責任については、処務規則や経理規程に明記している。職員には職務分担当により周知を図っている。会計処理については、各事業所・施設に会計責任者を、法人本部には総括会計責任者を配置し、連携を図り適切な処理を行っている。また、法人の監事による各事業所・施設の事業・取引に関する内部監査を実施している。さらには、外部の公認会計士に会計及び事務指導を委託し、財務や事務処理に関する適切な運営に努めている。 施設は、法人監事や公認会計士による指摘事項については、適切に対応し改善に努めている。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		第三者評価結果
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
<p><コメント23> 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、十分ではない。 法人は、基本方針に「地域生活支援の活動強化」を掲げ、地域との関わり方についての基本的な考え方を明示している。 施設は、活用できる社会資源をエコマップにして揭示し、利用者に周知している。地域との交流については、コロナ禍で中止及び自粛する事業が相次いでいるが、さまざまな工夫をし、こども園のお遊戯会のビデオ上映会、小学生との交流学习等の代替え事業等を実施している。利用者の買い物や通院等の活動についても、利用者のニーズに応じて地域の社会資源を利用している。コロナ禍以前に実施していた地域の人々と利用者との定期的な交流事業の再開が待たれる。 施設には、コロナ禍においても実施可能な利用者と地域の交流を広げるための活動メニューの開発を期待する。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の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><コメント24> ボランティア等の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。 法人は、中長期経営計画のなかで、利用者の余暇支援や将来的な福祉人材の確保に資するため、ボランティアの受入れが必要であると明記している。 施設は、ボランティア受入れについて、受入担当者の配置、登録手続き、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備し、受入体制を確立している。紫波高校の生徒をボランティアとして迎える恒例の交流活動はコロナ禍で中止しているが、小学生との交流活動は内容を変えて実施している。また、矢巾町ジュニアボランティア探検事業や「寺子やはば」には講師として職員を派遣している。 しかし、ボランティア等の受入れについての体制が十分に整備されていない。施設には、コロナ禍でも取組が可能な学校向けの事業メニュー等の開発を期待する。</p>		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価結果
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a
<p><コメント25> 利用者によりよい福祉サービスを提供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把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。 施設は、圏域の機関、団体、障害者施設、福祉関係施設等を機能別に分類し連絡先を記載したリストを作成している。職員にはリストを配布し、必要時に活用できる状態となっている。また、盛岡南・矢巾・紫波エリアの障害者福祉に関わる地域支援事業所、施設、医療機関、役場等の担当者で構成する「紫波郡障害者地域生活ネットワーク」や「盛岡広域圏障害者自立支援協議会」に参加し、情報交換や研修等を行っている(令和3年度はコロナの関係で中止)。課題解決に向けた協働の取組として、必要に応じて相談支援員、医療、担当職員、役場職員等の関係機関で、利用者個人に対する具体的な支援方法に関する検討会を行っている。</p>		

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		第三者評価結果
26	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	b
<p><コメント26> 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。 法人は、事業再編委員会で地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。昨年は、法人内の各事業所・施設から希望職員を募り「ここかむ食堂」(子ども食堂)の視察に行くなど、情報の収集に努めている。また、法人の運営協議会を開催し、福祉サービス利用者の要望等の把握にも努めている。 施設は、矢巾町商工会の催しへの参加、地区自治会の総会や行事への参加・交流をとおして、地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めている。 しかし、地域の福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組は十分ではない。地域の福祉ニーズ・生活課題を把握するための連携先や連携方法についての見直しを期待する。</p>		

27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p><コメント27> 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。 法人は、矢巾町と「矢巾町避難行動要支援者の支援の協力に関する協定」を締結し、指定避難所では対応が困難な要支援者の二次避難所として新生園と第二新生園が指定を受けている。さらには、地域内の6つの社会福祉法人と「やばば生活支援ネットワーク事業推進協議会」を組織し、町内に住む高齢者等の買物時の移動を支援する「買い物支援おつかいサービス」事業を実施している。 しかし、社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動の実施が十分ではない。法人には、現在検討中の子ども食堂への積極的な参画を期待する。</p>		

評価対象 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。		第三者評価結果
28	III-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉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。	b
<p><コメント28> 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。 法人の理念や基本方針として人権の尊重や倫理の確立を掲げ、さらに「職業倫理」、「行動規範」、「虐待防止規程」等を網羅的に整備し、利用者尊重と不適切な支援の防止の基本姿勢を内外に示している。併せて、全職員を対象とした自己評価と改善に向けた組織的な対策として虐待防止セルフチェックリストを使用している確認を毎月実施している。身体拘束については、毎月各ケア会議で確認されサービス向上委員会でも報告されている。一方で、サービス提供に関するこれらの規程の見直しが定期的に行われておらず、なかには施行後10年にわたって改定されていないものもある。また、標準的な実施方法として、支援課ごとに作成されているマニュアルや支援提供場面ごとのマニュアル(食事マニュアル、排泄マニュアル、入浴マニュアル、入浴介助におけるプライバシー保護マニュアル等)が整備されているが、それらの作成時期や実施管理などが明示されていないものも多く、見直しの仕組みの確立を含め組織的な対応とはなっていない。 今後は規程やマニュアルの見直しを行う中で、実情に合った取組を行っていくことが求められる。</p>		

29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<p><コメント29> 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が、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が十分ではない。 法人の理念及び基本理念において利用者尊重の姿勢を明示し、人権を侵害しないことや倫理の確立について共有している。その実現に向けては毎月実施している全職員を対象とした虐待防止セルフチェックでも取り組んでいる。さらに、食事、入浴、排泄等支援の各場面における留意事項については各支援マニュアルに明示しているほか、基本的な考え方をプライバシー保護マニュアルにまとめている。一方で、利用者や家族に対する説明に関する手順が明確になっておらず、規程の見直しが求められるが、これらマニュアルについて策定期間が明確でないものも多く、その見直しの仕組みも確立されたものとなっていない。 今後は、持続的で組織的な取組となるよう規程の見直しの手順を定めることが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。		第三者評価結果
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a
<p><コメント30> 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。 法人のパンフレット(施設案内)のほか、施設のしおりを作成し、利用希望者の相談窓口となっている行政担当課や相談支援事業所、特別支援学校等に配布して周知を図っている。また、ホームページについては、視覚的に分かりやすい構成・内容とし、ブログは日々更新され新鮮な情報発信に努めている。誰もが必要に応じて情報を得やすいように配慮され、県外移住者からの問い合わせにも対応している。見学対応の手順を作成し標準化を図るとともに、個別に丁寧な説明に努めている。現在はコロナ禍により感染予防の観点から体験利用は見合わせているが、待機者リストを作成し、利用の必要性和優先度について把握し、対応している。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b
<p><コメント31> 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。 福祉サービスの利用開始にあたっては定められたルビ付きの様式による利用契約書及び重要事項説明書にて利用者や家族等に説明し、書面にて同意を得ている。利用者に対しては個々の理解度に合わせて対応している。利用者の意思決定支援の仕組みとして個別支援計画表の様式を改定し、新たに意思決定支援の欄を設け、「意思を判断するための手掛かりとなる情報」と「情報から推定される本人の意思」を記載することでその根拠を明らかにすることとした。意思決定が困難な利用者への配慮については研修委員会の最重要テーマとなっており、今後さらに研究を重ね、組織的な取組としてルールが確立が図られることが望まれる。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
<p><コメント32> 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。 高齢化や障害支援区分でみる障害の重度化を背景として地域移行や自立を目指して計画的に退所支援(リービングケア)に取り組む利用者は多くない状況である。多くが環境的要因によって福祉サービスの内容変更を検討する必要性が生じた場合の支援となるが、そのような中でも、相談支援事業所や行政等の関係機関と連携して支援会議等を開催するなど、利用者の最善の利益に配慮している。サービス提供終了後も相談窓口を開設し、連絡先は重要事項説明書にもとづき口頭説明している。しかし、引継ぎ文書の様式や手順は定められておらず、今後は組織的な対応の仕組みの整備が求められる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		第三者評価結果
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント33> 利用者満足把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。 利用者満足の上昇を目的とする取組は、中長期経営計画策定時の利用者・家族アンケート調査や家族会からの意見聴取、給食委員会への利用者参加及びセレクトメニューの実施等によって行われている。しかし、聴取把握した利用者や家族の意向に個別に対応するかたちとなっており、分析・検討の仕組みが確立されたものとなっておらず体系化された取組とはなっていない。個々の利用者に対する意思決定支援の取組の過程の中で、個別支援計画にもとづき意思実現の支援には取り組まれているが、施設全体としての利用者満足の上昇に向けた取組は限定的なものとなっている。サービス向上委員会が設置されているが、その目的は業務改善やリスクマネジメントに関する事項が中心である。 今後は担当者を明確にしたうえで、定期的な利用者満足度調査の実施やその分析、さらに改善を図る手順を定める等、より積極的な取組が求められる。</p>		

III-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		第三者評価結果
34	III-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
<p><コメント34> 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。 法人による苦情解決規程が定められ、併せて施設として苦情解決フローチャートを作成している。受け付けた苦情については、個人情報に関するものを除いて、その対応状況をホームページや広報紙「HIKARE」にて公表している。苦情の受付については、直接口頭で訴えがあったもののほか、令和3年7月からそれまでの「苦情受付箱」を「おねがい(お願)い箱」と呼び名を変え、把握した苦情等についてはサービス向上委員会やケア会議等で検討し、サービスの改善につなげている。 一方で、法人の苦情解決規程と施設の苦情解決フローチャートの整合性、特に苦情受付後の第三者委員との連携や公表に関する手順が分かりづらくなっており、実効性のある仕組みの確立が望まれる。ホームページ上での公表内容についても、法人の他事業所と記載形態が異なっており、利用者による福祉サービスの選択や信頼性の向上の観点から改善が求められる。</p>		
35	III-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b
<p><コメント35> 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境を整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。 利用者や家族等からの相談や意見については、日常の支援場面を含んで随時担当職員による対応を基本としつつ、相談者の選択によって相談相手を決めることができることを口頭で説明するとともに顔写真入りのラミネートを掲示する等により伝えている。相談場所については、他の利用者等に見聞きされることのないスペースを確保し、聴取した相談や意見についてはケア会議や早急に対応が必要な場合には朝礼や終礼等で職員間で協議するとともに周知を図っている。相談や意見の内容によっては、相談支援事業所と連携して対応することもある。相談の受付については、「おねがい(お願)い箱」の設置や「利用者おねがいシート」の活用に取り組んでいるものの入所者からの受付が少ない状況となっている。 障がいや重度の利用者や発達特性によって意見を表出しがたい利用者に対する支援の組織的な取組について検討・協議することが望まれる。</p>		
36	III-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
<p><コメント36> 利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。 例会や「利用者おねがいシート」、「おねがい(お願)い箱」等によって把握した相談や意見については、苦情対応の仕組みと連動させながら担当職員による検討、ケア会議やサービス向上委員会等における協議によって対応を図り、申出人(利用者)にフィードバックしている。これらの取組については試行する中で不具合があった場合には、さらに検討して改善を図ることとしており、今後、さらなる充実を図るために定期的な見直しの実施を含めた手順を定め、継続的に取り組んでいくことが望まれる。</p>		
III-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		第三者評価結果
37	III-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
<p><コメント37> リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。 日々の業務の中でヒヤリハット事例や大・小事故事例を積極的に積み上げ、報告のあった事例について管理職とリスクマネジメント委員会職員にて確認、黒板へ張り出すとともに分析結果は、対応策を併せて各種会議で報告され、注意喚起と再発防止を職員に周知している。職員が特にヒヤリハットや小事故の事例の収集に積極的に取り組むことで、大事故の発生を抑制できている状況がみられる。この取組については「インシデント報告の流れ」の手順により毎月実施され、職員への注意喚起と再発防止意識の醸成につながっている。「人に危害を及ぼす動物(クマ)の出現」や「入所利用者が不明になった場合」等緊急時の対応についても手順を定めるとともに園内研修によって安全確保・事故防止の注意喚起を図っている。</p>		
38	III-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
<p><コメント38> 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。 管理職が構成員となり看護師が担当する感染対策委員会が設置され、年間をつうじて随時、感染症の流行時期となる11月以降は毎月2回程度開催され感染症の予防、感染拡大に関する事項について確認されている。また施設として感染症対策マニュアルを策定し、新型コロナウイルスを含む感染症に対する防止対策、具体的対応例、緊急時対応フローチャート等を明示している。看護師を中心として社会情勢や地域の感染症流行状況等を随時確認し、職員の意識啓発を図り予防に努めている。利用者に対しては、健康チェックを毎日欠かさず実施している。新型コロナウイルス感染対策としては、法人としてコロナ感染対策マニュアルが整備され、設置されているコロナ対策委員会に参加、感染拡大期においては行動制限により外部との接触を極力抑えつつ、保護者・家族の協力も呼びかけながら組織的に予防及び発生後の迅速な対応に努めている。看護師が講師となり感染予防・安全確保についての研修を毎年実施するとともに、感染症対策マニュアルについては年1回の見直しを実施している。</p>		

39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a
<p><コメント39> 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。 防災委員会を隔月で開催、「自然災害発生時における非常災害対策計画【業務継続計画・避難確保計画】(非常災害対応基本マニュアル)」を策定し、災害時の職員体制、避難先、方法を明確にしている。また、災害用備蓄食料は3日分確保し、随時更新を図っている。消防計画は防火管理者によって作成され消防署に提出、有事の際の避難誘導、組織体制、連絡体制、連携体制が構築されている。避難訓練については消防計画にもとづき毎月実施し、総合防災訓練も地域の消防団や消防協力隊の参加協力を得て実施している。なお、施設は福祉避難所として矢巾町の指定を受け、AED(自動体外式除細動器)も備えている。令和4年度から新たに緊急連絡ツールとして電子メール「RAIDEN」の運用を開始している。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		第三者評価結果
-------------------------------------	--	---------

40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
----	---	---

<コメント40>
提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。
法人の理念や基本方針にもとづき福祉サービスを提供、日課についてはサービス種別ごとに施設のおりに記載している。支援や業務の留意事項については「支援一課(入所)マニュアル」及び「支援二課(通所)マニュアル」として整備し、さらに支援場面ごと(食事、排泄、お風呂・入浴)のマニュアル、年度ごとに個々の利用者によって策定する個別援助マニュアルによって明示されている。さらに入浴介助におけるプライバシー保護マニュアル、排尿・排せつ時のプライバシー保護マニュアルも整備され、利用者の権利擁護に関する事項を定めている。施設の取組として「第二新生園の運営にあたって」の文章を会議等で読み合わせることで、全職員共通の意識・認識の標準化を図っている。
一方、内容が重なるマニュアルが複数あることで混乱も生じやすく、マニュアル類の見直しによる再編成が求められる。

41	Ⅲ-2-(1)-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。	c
----	---	---

<コメント41>
標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。
「支援一課(入所)マニュアル」及び「支援二課(通所)マニュアル」、また個別援助マニュアルについては利用者や職員の状況を反映して年度初頭に作成されている。
一方で支援場面ごとのマニュアルや支援場面におけるプライバシー保護マニュアルについては策定期間の記載がないものも多く、見直しの手順や検証の仕組みも定められていない。
今後は定期的な見直しの手順を定め、組織的に取組む体制を構築するとともに、さらにそれには職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みとしていくことが求められる。

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		第三者評価結果
---	--	---------

42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	b
----	--	---

<コメント42>
利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。
ケース検討会実施要項及び資料作成手順にもとづき、各事業所ごとに配置されているサービス管理責任者を主として、毎月のケースまとめでサービス実施状況を確認し、個別支援計画作成要項及び個別支援計画スケジュールに示された手順によって計画を策定している。モニタリングは毎年6月と12月の2期で行い、サービス等利用計画との連携を意識しながら、家族等と本人同席のもとでニーズを聞き取り、計画内容に同意を得ている。個別支援計画には「長期的な目標」や「短期的な目標」のほか「意思決定欄」を設け、根拠を示して利用者一人ひとりの具体的なニーズの把握に努めている。アセスメントについては、入所時にアセスメント票を使用し、項目に沿って聞き取り、個別援助マニュアルとして作成して毎年度末に更新している。これまで看護師(医療)や栄養士(栄養)に関する記載が十分でなかったことから計画書の様式を変更し、個々の利用者をより広い視点で捉えた支援の提供に向けた体制整備を図っていかうとしているところである。

43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b
----	------------------------------------	---

<コメント43>
福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と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。
個別支援計画作成要項、個別支援計画スケジュールのほか、「第二新生園 個別支援計画作成(現行)の流れ」及び「個別支援計画 新規作成と急な変更の際の流れ」を作成し、個別支援計画の評価と見直しに関する留意事項や具体的な手順をフローチャートで図式化している。そのなかには段階的に参加する職種・役職を明示している。見直された計画書については職員間で回覧し、押印して確認している。
個別支援計画と個別援助マニュアルは連動したものとなっているが、全体の日課や課ごとの支援マニュアルへの反映に関する手順等は定められていない。今後は個々の利用者へのサービス提供とあわせて、多職種連携の取組をつうじて標準的な実施方法への反映の仕組みを確立し、全体のサービスの質の向上に取り組んでいくことが望まれる。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		第三者評価結果
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a
<p><コメント44> 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。 利用者情報や支援に関する記録は、福祉業務支援ソフトウェア「ほのぼの」のシステムを利用して行っている。システムは施設内でネットワーク化され、職員間で情報共有されている。併せて、記録に載せる前の情報や迅速な対応が必要となる日々の情報などについては、朝礼・終礼及び業務日誌、連絡簿にて情報共有を図っている。ケース記録は個別支援計画にもとづいて記載することを基本とし、新任職員オリエンテーションにおいてパソコン入力について確認するとともに「ケースまとめ 打ち方 統一のレジュメ」を作成して記録する職員で内容や書き方に差異が生じないように取り組んでいる。</p>		
45	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。	a
<p><コメント45> 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。 利用者に関する記録・情報の管理については、法人の処務規程、個人情報管理規程、特定個人情報取扱規程、個人情報並びに特定個人情報保護方針等にて理事長を責任者として実施されているほか、施設にて策定されたプライバシー保護マニュアルの中でも触れられ、個人情報管理の基本的な事項、利用目的の明示等の責務について明示されている。これらの取り扱いについては、職員研修や新任職員オリエンテーション等にて周知が図られ、職業倫理や行動規範として遵守することが求められている。利用者や家族に対する説明については、利用契約時に個人情報の使用同意書により対応している。</p>		

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-(1) 自己決定の尊重		第三者評価結果
A1	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a
<p><コメント1> 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 利用者の自己決定を尊重した取組として、毎日の帰りの会でのアンケート、毎月の例会での発言や活動・外出先を希望・選択できる機会を設け、さらに「お願い箱」を用意し、利用者間での話合いや意見、要望等を出せるようにしている。発言、意見等は苦情受付担当者がとりまとめ、職員に周知するとともに、内容によって、ケア会議等で検討、協議している。生活に関わるルール等については、利用者間で話し合っている。利用者への合理的配慮・権利については、毎月のケア会議で振り返り、必要に応じてケースカンファレンスを行い、職員への周知を図っている。権利擁護については、虐待防止の研修を行うとともに権利擁護も学び、これらを個別支援計画作成の際に活かしている。本人の意向等を表明するのが苦手な利用者に対しては、日々の生活の中での反応や表情を汲み取り、支援等に反映させている。</p>		

A-1-(2) 権利擁護		第三者評価結果
A2	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	C
<p><コメント2> 利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。 権利擁護について、虐待防止規程を定めており、それにもとづく「障がい者虐待防止職員セルフチェックリスト」を毎月点検し、利用者の対応について、問題ないかを振り返り、検証している。 権利侵害が発生した場合の取組み等を規定している。しかし、手順等は文書化を検討している段階である。 身体拘束については、利用者に説明し、同意を得て、毎月のケア会議で拘束の緩和や廃止に向けての取組みをしている。しかし、身体拘束を解消する目標となる時期の定めがないことから、明示するとともに拘束等の行動制限を継続せざるを得ない場合は、改めて利用者や家族へ説明し、同意を得る必要がある。</p>		

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本		第三者評価結果
A3	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	b
<p><コメント3> 利用者の自律・自立生活のための支援を行っているが、十分ではない。 個々の利用者にあセスメントを行い、障がい別に状況を把握し、個別支援計画に反映させている。特に、車いす利用者については、残存機能を活かしての移乗や自走を見守る姿勢での支援を行っている。利用者のできることを尊重し、身の回りの整理等の意識向上を支援計画に盛り込んでいる。園での生活リズムを整えること等は自己管理できるよう、支援している。 行政手続きについては、可能な限り自分でできるよう支援することが望まれる。</p>		

A4	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	b
<p><コメント4> 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っているが、十分ではない。 利用者とのコミュニケーションを図る際には、写真付きの聞き取り表やホワイトボードを使用した視覚による支援に取り組んでいる。相手の表情やしぐさを汲み取る工夫をしている。利用者からのサインを職員共通認識するためケース検討会、意思を汲み取りづらい利用者への意思決定支援についての園内研修等を実施し、職員のスキルアップにも取り組んでいる。 今後、必要に応じてのコミュニケーション機器の活用、代弁者の協力を得るなどの支援が望まれる。</p>		
A5	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a
<p><コメント5> 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。 利用者が職員に話したいことを話せる機会を個別に設け、日程をポスターにて掲示している。担当職員以外の職員が聞き取ることもあり、内容をケースに記録し、送り事項に反映させ、関係職員全員が確認することができるようになっている。 毎月の例会では、利用者に発言の場を提供し、「お願いシート」を活用した希望、要望の聞き取りも実施している。「お願いシート」の内容は、各担当や会議で検討した後、次の例会で説明している。 選択・決定をする際には口頭で伝えるだけでなく、写真や絵等わかりやすいものを利用して説明している。 個別支援計画の目標を設定する際に、利用者からの希望等を支援の調整を行いながら反映させている。</p>		
A6	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	a
<p><コメント6> 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。 個別支援計画にもとづき、余暇活動のプログラムを作成している。障がい特性等の状況に応じ、作業的活動をグループに分け、実施している。自閉症利用者の少人数グループも立ち上げている。 年度途中でも、個別支援計画を見直し、その状況変化に応じて作業グループの変更等を検討している。その後もケア会議で、随時、状況を確認し、その経過を職員間で共有している。 月1回選択活動を実施し、利用者の希望も反映している。また、利用者の意向にもとづき、休日を利用した余暇活動の提供をしている。</p>		
A7	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
<p><コメント7> 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。 過去に強度行動障害研修を受講した職員が園内研修等により支援方法等の検討と理解、共有を行っている。園内研修、ケース検討会等個別支援計画の作成、アセスメントの方法を学び、支援の向上を図っている。 利用者の行動障害に対して、支援記録や送りで状況を把握し、職員間で利用者への支援方法等の理解・共有を図っている。併せて、支援方法の検討・見直し・環境整備を随時行っている。利用者間の関係調整は、職員が間に入り、トラブルに発展しないよう話合いの場を設け、統一した支援を検討している。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		第三者評価結果
A8	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	b
<p><コメント8> 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。 食事の提供は、利用者の心身の状況に応じたカロリー管理、食形態に配慮している。セレクトメニューの献立は、利用者から聞き取りを行い、必要に応じて写真付きで確認している。食事は冷めないよう工夫し、温かいものは温かいまま提供している。席順は利用者の状況を見ながら、楽しく安全に食事ができるよう工夫している。トロミ剤が必要な利用者には汁物等にトロミを付け提供している。入浴マニュアルをもとに月・水・金曜日は入浴、火・木・土・日曜日は清拭・下着交換を行っている。車いすの利用者には、更衣の際に使用する手すり等を設置し、安全に車いすへ移乗させている。浴槽に浸かることが難しい利用者は洗体チェア、バスマットを用意している。夏場は扇風機を使用、冬場は入浴前、浴槽にお湯を張り、脱衣場内の温度管理に気を配っている。排泄は、トイレへ定時誘導、拭取り等の支援を行っている。排泄チェック表に記入し、排泄リズムを把握している。なお、入浴支援において、浴槽の段差が湯船への出入りの障害になっており、改善が求められる。</p>		

A-2-(3) 生活環境		第三者評価結果
A9	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	b
<p><コメント9></p> <p>利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されているが、十分ではない。</p> <p>各部屋等を毎月担当職員が点検し、破損箇所等があった場合は、迅速に修繕等を行っている。全居室、食堂、ダイニング等にエアコンを整備し、さらに食堂には多機能加湿器を設置し、快適な生活環境を確保している。夜間は定時に居室を訪問し、利用者の様子を確認し、夜間巡視チェックリストに記録している。不眠の場合は、安全面を配慮した見守りを行っている。同室内の利用者同士の仲違い等がある場合は、居室の変更等を検討している。興奮時に他害の可能性がある利用者は、他の居室に誘導し、様子を見る対応を行っている。</p> <p>なお、新館の明るさと比べ、旧館の暗さ、設備の使いにくさ、4人部屋居室の状況等の課題がみられ、中長期計画の重点目標にあげられた「施設整備(大規模改修)計画」の早期具体化が望まれる。</p>		

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		第三者評価結果
A10	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	b
<p><コメント10></p> <p>利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っているが、十分ではない。</p> <p>リハビリが必要な利用者は医療機関でリハビリを行っていたが、コロナ禍により、通院を見合わせている。訓練まではいかないが、輪投げ、廊下歩行、時間を決めて足挙げの活動や拘縮予防として上半身(主に上腕)のストレッチを行っている。また、平日の朝の会でラジオ体操を職員と一緒にしたり、利用者の気分転換、運動機能維持や低下予防のため職員が付き添い、散歩活動や廊下歩行を行っている。車いすからマットに降りて足を伸ばしたり、車いすへの移乗の見守りもしている。</p> <p>現時点ではコロナ禍で、専門職の助言・指導のもと機能訓練が行えていない。</p>		

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		第三者評価結果
A11	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a
<p><コメント11></p> <p>利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。</p> <p>月1回嘱託医回診を設け、利用者一人ひとりの状態を診てもらい、その指示による医療機関への受診等の健康管理を行っている。利用者の健康状態に変化があれば支援員が看護師に報告、看護師が医師に相談、その指示で、管理栄養士、看護師、担当支援員が連携し、健康維持・増進に努めている。障がいに合わせて健康維持のため廊下歩行や散歩、外気浴を行っている。便秘傾向の利用者には緩下剤の服用により、排便のコントロールを行っている。緊急時には、対応マニュアルをもとに対応している。</p>		
A12	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a
<p><コメント12></p> <p>医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。</p> <p>必要な医療的な支援は嘱託医の治療方針に沿って、処置や対応方法等を支援員に伝え実施している。内服薬は看護師(土曜日夕～月曜日朝分は支援員)が薬配ケースにセット(朝、昼、夕、就寝前と区分)し、支援員は誤薬防止のため医務室から、①運び出す時に氏名の確認②利用者に服用させる時に確認とダブルチェックをしている。誤薬発生時には、マニュアルにもとづき対応している。アレルギーのある利用者は食事札を付け、配膳の際に確認している。またアレルギーの有無を確認するためアレルギー検査を実施している。利用者の体調急変や怪我の対応については、緊急時対応マニュアルをフローチャートで整備している。ノロウイルスやインフルエンザ等の感染症対策は感染対策DVDを購入し、全員が研修できるようにしている。喀痰吸引及び経管栄養を要する利用者のために、吸引器マニュアルを作成し、看護師から吸引機の使用法の説明を受けている。</p>		

A-2-(6) 社会参加、学習支援		第三者評価結果
A13	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
<p><コメント13></p> <p>利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っているが、十分ではない。</p> <p>利用者の希望や意向に沿って、計画を自ら立てられるように支援していたが、コロナ禍であるため、外出先の情報等をスマートフォンを使って情報収集するやり方を職員と一緒に勉強している。</p> <p>外泊については利用者の希望と意向を尊重することは難しいが、ゴールデンウィーク、お盆、年末年始に帰省の可否を家族等に確認し、外泊期間については、家族と利用者の希望、意向を尊重し制限等設けずに提供していた。しかし、利用者の家族等の高齢化やコロナウイルス感染防止の観点から外泊が難しい状況になっている。</p> <p>毎年、地域の夏祭り等行事に参加する機会を設けていたが、コロナ禍になり、行事自体の開催がなくなっている状況である。</p> <p>「はばたき隊」は利用者の意思で結成され、活動しているグループで、地域の行事に「よさこいソーラン」を披露していたが、コロナ禍で披露の場が減少している。</p> <p>今後も感染症予防に配慮しつつ、利用者の社会参加や学習の意欲を高める支援、工夫に期待したい。</p>		

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		第三者評価結果
A14	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	b
<p><コメント14> 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っているが、十分ではない。 利用者の希望や意向、相談に合わせ必要に応じて相談支援事業所、市町村と支援会議を開催し、地域移行に向けた体験等を実施している。コロナ禍で体験が難しい際には、園内行事にて買い物体験を実施している。 例会にて、グループホーム利用者の体験談を聞く、自活宿泊訓練を提供する等、地域生活移行への意欲を高める取組は行っている。 しかし、現時点では地域生活移行の希望者はいない。今後、移行を希望する利用者を想定した支援方を検討することが望まれる。</p>		

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		第三者評価結果
A15	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a
<p><コメント15> 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 通所利用者の生活状況は日々の連絡帳で確認している。毎年家庭調査票を更新し、生活の様子を項目ごとに記録している。 入所利用者の生活状況等は、毎月の家庭通信に担当職員がコメントを記入し伝えている。また、外泊時には体調チェックシートを活用して帰園時に体調確認を行っている。コロナ禍で外泊ができない状況となっているため、定期的に家族へ利用者の様子を担当から電話で伝えている。その際、希望により利用者本人が電話口に出るように配慮している。 災害時の連絡方法及び支援体制のマニュアルを整備し、園での急変時には、緊急時対応マニュアルにもとづき家族に連絡している。 個別支援計画書の評価時期には、必ず家族に来園を要請し、家族構成等の変化の有無等を聞き取っている。コロナ禍で来園が難しい場合は、通所のみ12月に面談を実施し、日頃の生活状況等の情報交換を行う等家族と連携を図っている。 保護者会との連携については、感染対策を行ったうえで理事会を定期的に開催し、利用者、職員の状況、行事等を報告、意見交換等を行っている。</p>		

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援		第三者評価結果
A16	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	非該当
<p><コメント16></p>		

A-3 発達支援

A-4-(1) 就労支援		第三者評価結果
A17	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	a
<p><コメント17> 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。 利用者の特徴や作業能力を把握し、意向や障がいの状況に合わせ、個別支援計画にもとづいて、作業評価基準を設定し、日々目標を持って作業に取り組めるよう支援している。登園時に自分の作業内容が視覚でわかるよう、廊下のホワイトボードに作業内容とメンバーを掲示、作業の見本を提示している。また、普段行っている作業以外の作業や違う工程の作業を練習し、意欲の維持や能力の向上を支援している。働く意欲の向上のため、利用者個々のモチベーションを上げる支援や、臨時工賃の支給、余暇支援や外出等を提供している。ただし、コロナ禍で外出はできずにいる。 作業や支援の内容について、個別支援計画による話し合いや、例会時に利用者へ売り上げ等の報告を行っている。 個別支援計画の『特別な配慮』欄に家族やグループホームと連携することを記載している。 新たな作業開拓として、地域の企業や社会福祉協議会の共同受注センターとの連携を図っている。</p>		

A18	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	a
<p><コメント18> 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。 利用者の意向や障がいの状況に応じた内容・工程等を提供し、個々の状況に応じて休憩を設けるなど、配慮をしている。 作業の内容・工程等の計画は既存の作業で、個々が中心として取り組んでいる作業の中から、利用者と面談のうえ個別支援目標を立て、受託作業の納期に余裕がある際は、利用者と当日の作業内容や工程を決めることもある。 工賃は、毎月の売り上げを例会で利用者に報告し、工賃支給要領、工賃算定方法にもとづき支給している。工賃は、工賃支給日に施設長が、「工賃支給明細書」「工賃受取書」を同封し、現金で支給している。保護者または本人から受取書を徴している。 工賃引き上げのため、年度初めに売上げ目標を立て作業計画を策定し、工賃会議やケア会議で作業状況や売上げを把握している。また、新規作業開拓を行い、県社会福祉協議会の共同受注センターへの登録、地域企業からの受託作業、資源回収作業等の新規作業を取り入れ、売上を伸ばす努力をしている。しかし、コロナ禍で地域のお祭りやイベントが中止や縮小となり、出店できない状況が続き、工賃の引き上げが難しい状況にある。 労働安全衛生については、同資料を職員に配布し、ケア会議にて説明を行い、利用者へは、事故予防、仕事の合間のストレッチの方法のポスター等を目に入りやすい場所に掲示し、啓発を行っている。</p>		
A19	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	c
<p><コメント19> 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っていない。 県社協と水福連携事業でわかめの芯取り作業を契約するところまで至ったものの、コロナ禍により中止になってしまった。コロナ禍で作業収益が減少している中、地域の花屋の受託作業等、利用者ができる仕事を開拓して仕事を確保しているが、工賃引き上げまでには至っていない。 現在、一般就労への移行を希望している利用者はおらず、就職活動の支援、定着支援等に取り組んでいない。しかし、今後希望する利用者がある場合を想定した職場開拓、就職支援の方策を検討するよう期待したい。</p>		