

(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:新生ホーム		種別:共同生活援助
代表者(職名)氏名: 所長 廣田 秋彦		定員・利用人数: 34名
所在地:岩手県紫波郡矢巾町大字室岡 12-70-9		
TEL:019-611-1199		ホームページ http://www.i-shinseikai.jp/publics/index/203/
【施設・事業所の概要】		
開設年月日:平成20年4月1日		
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: 5名	非常勤職員: 17名
専門職員	(専門職の名称: 名)	8 夜間世話人 8名
	1 管理者(所長) 1名	
	2 サビ管 2名	介護福祉士
	3 総務支援課長 1名	
	4 生活支援員 2名	
	5 世話人兼生活支援員 1名	
	6 看護師 1名	6月30日現在欠員。8月16日より勤務
	7 世話人 8名	
施設・設備 の概要	(居室名・定員: 室)	(設備等)
	室岡ホーム 定員10名	消防設備、警備装置、AED、スプリンクラー
	見前ホーム 定員5名	消防設備、警備装置、AED
	中島ホーム 定員10名	消防設備、警備装置、AED、スプリンクラー
	第二中島ホーム 定員10名	消防設備、警備装置、AED、スプリンクラー

③ 理念・基本方針

理念:輝く命

基本方針:①人権の尊重②四者一体となった運営③倫理の確立④地域生活支援の活動強化

④ 施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

1 余暇支援の充実 「遊生会」の実施。利用者の希望を取り、利用者主体の「見たい」、「行きたい」、「やりたい」、「食べたい」、「欲しい」の希望の声を実現させる余暇支援。
2 健康管理の徹底、医療的ケアの実施 通院支援・検診支援、服薬管理、専属看護師の配置、管理栄養士による献立、腹膜透析患者の支援。
3 地域生活支援拠点・短期入所事業 地域生活支援拠点として、地域の在宅障がい者の緊急課題があるケース、また、体験利用の場として、短期入所を受け入れている。

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1月13日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回

⑥ 総 評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p><u>利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境の確保</u></p> <p>自分の部屋が一番居心地良く、安らぎ、ほっとできる場所となる生活環境づくりを目指し、全ホーム個室として整備している。天窓から光が入り明るさが確保でき、エアコンによる温度管理で、冬でも20度以下にならず適温が保たれている。利用者の希望に添ってテレビ・ラジオ・ステレオ・冷蔵庫などが、居室に持ち込まれている。カーテンは色見本を示し各自で決めている。利用者間のトラブル等があった場合は、自室へ誘導し、クールダウンを図っている。ソファやテーブルは家具屋で実物を見て、購入している。歩行器で移動できるよう、ベッドを壁側に配置し、居室中央スペースを広く確保している。</p>
<p>◇ 改善を要する点</p> <p><u>利用者満足の上</u></p> <p>利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。</p> <p>利用者の日常生活向上について、定期的調査、利用者懇談会、担当者設置等々、外部から客観的に見て、実践しているサービスの根拠を確認することができない。</p> <p>利用者本位のサービス「家での生活」を最重点に実践しているとのことであるが、事業所の一方的な判断にならないよう、利用者へより質の高いサービスを提供するため、組織として現在のサービス提供の状況を定期的に把握する仕組みの整備が必要である。</p> <p>例えば、内容評価（A6）で実施している遊生会における声を汲取る取組にひと工夫加えて、記録をしっかりと残して分析・検討を重ねながら次のステップを踏んでいくことなどの検討が望まれる。</p>

⑦ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

平成 20 年新生ホームとして開設後、初めての受審となりました。自己評価表を作成することで、職員が今まで行ってきた業務への取り組みについて振り返ることが出来ました。職員がお互いに意見を出し合ったことで、普段見えていないことが確認出来たことは、これからの業務に取り組む意識の向上に繋がったと思います。

今回の評価では、利用者満足の上昇についてご指摘をいただきました。利用者、ご家族のご意見を取り入れながら、質の高いサービスを提供できるよう努めてまいります。

また、利用者の快適性と安心、安全に配慮した生活環境の確保には高い評価を頂いたことについて、今後も快適に過ごして頂けるように支援の継続に努めてまいります。今回の受審ではその他にも多くのご指摘がありました。受審結果を真摯に受け止めより良いサービスを提供できるよう努めてまいります。

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：

新生ホーム

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。	b
<p><コメント1> 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いるが、内容や周知が十分ではない。 理念は、法人の特徴を端的に表している。基本方針は、法人の理念との整合性が確保されており、また、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。 施設は、職員にはおりの職員会議での説明、利用者には広報紙や施設内の掲示物で周知している。また、家族には広報紙や契約時の説明、地域や関係機関には広報紙や運営協議会あるいはホームページを活用し周知に努めている。 しかし、利用者に周知が図られているが十分ではない。施設には、利用者の障がい特性に配慮した広報紙の内容や周知方法について、可能な範囲での工夫が望まれる。</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> 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。 法人は、基幹職員をメンバーとする事業再編委員会が中心となり、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、経営状況を的確に把握・分析している。また、地域の経営環境については、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、その記録を待機者リストとして残し、潜在的利用者の把握及び分析に努めている。 施設は、定期的に各福祉サービスの利用実績を集計し、コスト分析、利用者数の推移、利用率の分析を行っている。</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> 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。 法人は、財務や労務、施設管理、福祉サービスの内容、各施設・事業所が提出した事業報告書により経営課題を把握し、計画を策定している。この計画は、本部事務局及び本部指名の委員で構成する事業再編委員会の検討を踏まえ、経営企画会議、評議員会、理事会に報告され、役員間の共通理解となっている。 施設は、定例の職員会議やケア会議で職員に説明を行い、理解に努めている。 しかし、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ない。施設には、経営課題への職員の理解を深めるための勉強会の実施や役員との意見交換会の実施、及び役員等の理解と協力を得ながらの経営課題の改善・解決に向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> 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。 法人は、中長期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の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、中期計画終了時(令和5年)に行うこととしている。また、地域におけるグループホーム利用希望者が増加傾向にあることや「緊急受入先」あるいは「避難・体験の場」が不足していることを踏まえ、施設の改修・改善及び新たなグループホームの建設に向けた施設整備計画を策定している。 しかし、経営や実施する福祉サービスに関する中長期収支計画が未策定であり、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。 法人は、中長期経営計画を反映した各施設ごとの年度別行動計画を策定している。事業内容は、具体的かつ実行可能なものとなっている。 施設は、行動計画をもとに利用者の人権擁護と個人の尊厳の保持を旨とした質の高いサービス提供を目標に、単年度の事業計画及び収支計画を策定している。利用者の高齢化や重度化を踏まえた事業内容となっている。また、地域生活支援拠点として自施設を位置付け、短期入所事業を計画・実施している。事業の実施状況については評価を行うことができる内容である。 しかし、今後法人として中長期収支計画の策定が望まれる。</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。
 施設は、所長を中心とした管理職員が、1月度から3月度にかけ次年度の事業計画を策定している。策定にあたっては、本年度の実施結果の評価・分析、職員面談、職員へのアンケート調査、利用者・家族へのアンケート調査等を行っている。次年度の事業計画は本部に提出し、評価・分析の後フィードバックされる仕組みとなっている。職員には、職員会議において要約版を配布・説明し、事業計画への理解を図っている。
 しかし、事業計画が職員の参画のもとで策定されているが、職員の理解が十分ではない。施設には、利用者に直接福祉サービスを提供する非常勤職員の世話人や夜間世話人の事業計画への理解を深める取組を期待する。

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「新生ホームだより」、施設内の掲示物、関心の高い余暇支援事業については口頭での説明や印刷物で周知している。家族には、事業計画の要約版の郵送、来所時の口頭説明、法人の広報紙「HIKARI」、施設の広報紙を活用し、周知を図っている。
 しかし、事業計画の理解を促す取組は十分ではない。利用者には障がい特性に応じた周知内容と周知方法の工夫及び家族にはコロナ禍を踏まえた周知方法の工夫を期待する。

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。
 法人は、利用者への良質かつ安全・安心な福祉サービスの提供を経営基本方針に掲げ、人権擁護の推進、福祉サービスの質の向上、施設機能の整備を掲げている。
 施設は、ホーム会議でPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの向上に取り組んでいる。昨年度は合計8回のホーム会議を、非常勤職員の世話人が全員参加し、各ホームで実施している。また、高齢化・重度化する利用者への対応、法人内事業所間の連携・相談・調整、虐待防止研修の実施と人権侵害自己チェック等に努めている。
 なお、第三者評価の受審は今回が初めてである。
 しかし、福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行なわれているが、十分に機能していない。施設には、常勤職員の会議やホーム会議のさらなる充実を図り、福祉サービスの質の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、職員会議やケア会議で福祉サービスの評価を行い、結果を文書化している。重度化・高齢化がすすむ利用者への支援、地域生活支援事業の推進、成年後見制度の推奨による利用者家族への支援等の必要性を確認し、共有している。また、職員の働きやすい職場づくりが支援力の向上につながるとし、世話人や夜間世話人の健康診断の実施や研修会への参加及び管理職の時間外勤務の削減等に努めている。
 しかし、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、改善策や改善計画を立て実施するには至っていない。施設には、前項と同様に、常勤職員の会議やホーム会議のさらなる充実を図り、福祉サービス改善に取組むことを期待する。

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。 所長は、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「新生ホームだより」に所長の所感を掲載し、理解を図っている。</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。 所長は、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、加えて虐待防止の研修会に職員全員を参加させ、法令順守の意識の醸成を図っている。 しかし、所長は共同生活援助4ホームを総括し、さらに総務支援課長、サービス管理責任者を兼務していることから、研修会等への出席の機会は限られている。勤務体制等の見直しを図り、遵守すべき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。	b
<p><コメント12> 管理者は、実施するサービスの質の向上に意欲をもち、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。 所長は、福祉サービスの質の向上が施設運営の重要なテーマであるとの認識のもと、職員を指導している。具体的には、ホームごとの福祉サービスの評価・分析、職員会議での課題の提起、人権侵害の自己チェック、虐待防止研修への参加、サービス提供を直接担当する世話人や夜間世話人の研修会への派遣、職員との定期的な面談等による助言及び指導に努めている。 しかし、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。非常勤職員の世話人と夜間世話人の教育の充実と福祉サービスの質の定期的・継続的な評価・分析へのさらなる指導力を期待する。</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ための取組に十分な指導力を発揮している。 所長は、年度始めの事業計画書の策定にあたり、勤務表や人事考課表等で労務や人事に関する状況の把握と分析に努め、また財務分析によるコストバランスの把握を行い、経営の改善や業務の実効性の向上に努めている。特に、コミュニケーションの重視、年次有給休暇取得への配慮、時間外勤務の削減、利用者に直接福祉サービスを提供する世話人や夜間世話人が参加するホーム会議での意見や要望の把握等により、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</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、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。また、実習生の受入れが採用活動の追い風になるとの判断から、その体制づくりをすすめている。職員の定着に関しては、臨時職から常勤職への内部登用制度の導入、再雇用制度の導入、資格取得への支援、福利厚生の実施等を実施している。 しかし、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はあるが、それにもとづいた取組が十分ではない。施設では、職員の退職にともなう新規採用や補充採用が困難であることから、人材の確保・定着等に関する取組状況の検証を行い、対応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、「期待する職員像」を明文化し、職員に周知を図っている。人事管理については、目標管理制度と一体的に実施し、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。人事考課にあたっては研修会を実施し、客観的かつ公平な運用に努めている。処遇改善にあたっては、法人の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、総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。職員が自ら将来の姿を描くことができる人事基準の明確化と人事基準への職員の理解を促す取組が必要である。</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。 法人は、働きやすい職場づくりに向け、各種休暇の取得、雇用継続制度の充実、定期的な健康診断や心の健康づくり相談の実施、時間外労働の削減、年次有給休暇の資格取得推奨、ソウエルクラブへの加入等を推奨している。 施設は、職員の就業状況や意向をホーム会議で把握している。所長は、コミュニケーション重視の観点から、職員面談等での職員への指導・助言に努めている。また、研修会への参加や年次有給休暇等の利用にあたっては、職員間で勤務調整を図り、業務に支障が生じないように対応している。 しかし、職員の就業状況を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。非正規職員の平均在職年数が2年となっているが、その原因を複数年のスパンで検証し、対応策を講じる必要がある。</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、職員一人ひとりの能力開発や専門性向上に資する個別面談を各事業所・施設に義務付けている。 施設は、年に3回の所長との面談を実施している。所長の助言や指導のもと職員自らが目標を設定する目標設定面談、目標の進捗状況を確認する進捗状況確認面談、そして目標の達成の程度を確認・評価する評価面談である。目標の達成結果と目標の未達成項目については、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。施設には、職員一人ひとりの職能を踏まえた目標内容や目標水準及び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、教育研修年度計画を策定し、法人所管研修(職制別・課題別・部門別・派遣)及び各事業所・施設の事業所所管研修の実施に努めている。また、職員独自の自己啓発研修を推奨している。教育研修は常勤・非常勤を問わず全ての職員を対象にし、昨年度は、職制別研修、人事考課研修、メンタルヘルス研修、虐待防止研修を実施している。また、受講者からのアンケート結果を踏まえ、研修内容の評価・分析を行い、課題を明らかにし、研修計画や研修内容の見直しを図っている。 施設は、年間計画による施設所管研修(OJT・職場研修・派遣研修)を実施し、サービスの直接の提供者である世話人や夜間世話人の教育に努めている。</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、人材育成委員会の年間の研修計画書にもとづき教育・研修を実施している。実施にあたっては、職員研修履歴カードにより個々の資格や研修受講歴を踏まえ、効果的な人材育成に努めている。また、全職員が、役職、勤務年数、担当業務に応じて研修に参加できるよう配慮している。資格取得や自主研修に対しては「自主研修参加等承認に関する要項」を定め、職専免等の配慮がなされている。 施設は、職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTを実施している。外部研修情報については積極的に提供し、職員間で業務調整を図り出席を促している。新入職員の教育・研修については指導担当者を配置し、2か月間のOJTが適切に行われている。</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。	b
<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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。 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。受入担当窓口を相談支援事業所とし、法人内の複数の事業所・施設で実習を行う仕組みとなっている。受入れにあたっては「実習生受入マニュアル」により、個別対応実習プログラムと基本的実習プログラムを作成している。また、個別対応実習プログラムの作成にあたっては学校側との協議・連携を図っている。 施設は、令和2年度に、法人内の事業所と連携しソーシャルワーク実習生を2名(県立大)受け入れている。 しかし、実習生の受入れについては体制を整備しているが、十分な取組には至っていない。施設には、実習指導者に対する研修の実施を期待する。</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、法人の理念・基本方針、事業の実施結果、決算、提供する福祉サービスの内容、各施設・事業所の諸情報を体系的かつ定期的に公開している。また、施設を評価する重要な指針となる苦情や相談の内容及び対応結果についてもホームページに載せ公開している。広報紙「HIKARE」やパンフレットで、法人の社会的役割、拡大多様化する福祉ニーズへの基本姿勢、利用者の生活状況等を紹介し、運営の透明性を確保するための情報公開を適切に行っている。 なお、施設の第三者評価の受審は、今回が初めてである。</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、処務規程や経理規程に明記し、職員には職務分担表を活用し周知を図っている。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指導及び事務指導を委託し、公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。 施設は、監査支援等の結果や指摘事項に適切に対処している。</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。 施設は、利用者への余暇支援の充実を掲げ、活用できる社会資源や地域情報を提供し、利用者の希望にあわせ支援活動を行っている。コロナ禍ではあったが、昨年は県内13か所の町村に出向き、地域との交流を深めている。また、コロナ禍以前は、事業所・施設や利用者への理解を得るために矢巾町社協の主催する「ふれあい広場」への参加や、法人主催の「地域交流フェスティバル」を企画・実施している。利用者の買物支援の充実にも努め、コロナ禍で代行を余儀なくされたものの、昨年度は月平均約65回の支援を行っている。 しかし、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。地域との交流活動の必要性を職員が共有し、支援体制の整備と地域住民やボランティア及び諸団体への積極的な働きかけを期待する。</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、新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について明記している。 施設は、中期経営計画の施設別行動計画のなかでボランティアの受入れを明記している。 しかし、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、ボランティア受入マニュアルの策定や活動プログラムの開発等に取組むことを期待する。</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。	b
<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ているが、その関係機関等との連携が十分ではない。 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、共有化を図っている。必要時にはリストを活用できる状態となっている。障害者地域生活支援センターしんせいの相談員を中心に、医療機関、施設職員、役場職員等が必要に応じて会議を行い、個別の支援方法の検討を行っている。 しかし、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や団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。連絡会や会議等への出席の機会が十分でないことから情報交換や交流の機会は限られているが、関係機関との連携強化に向けたさらなる取組を期待する。</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、関係機関、家族会、地元の自治会等をメンバーとする運営協議会を開催し、施設の概要や事業計画について説明を行い、施設への理解を促しつつ地域の福祉ニーズや生活課題の把握に取り組んでいる。また、法人内のニーズ調査や相談支援事業所の情報を分析し、地域の福祉ニーズ情報の収集にも努めている。 しかし、地域の福祉ニーズ・生活課題等を把握する取組を行っているが、十分ではない。地域の福祉ニーズ・生活課題等を把握するための連携先及び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及び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。 施設は、把握した福祉ニーズ等にもとづき、第二中島ホームを「地域生活支援拠点」として位置付け「短期入所」事業に取り組んでいる。 しかし、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。施設には、施設がもつ専門技術等を地域に還元する社会貢献活動を期待する。</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。 施設全体会議が全職員出席で3ヶ月ごとに開催され、法人理念、基本方針についてはその都度確認されている。 しかし、福祉サービス提供に関する「倫理綱領」や規程等について、具体的に内容を理解して実践するための取組が行われていない。 職員全体会を法人理念、基本方針の確認だけに留めず、定められている諸規程について周知徹底することを仕組みとして取り組むように工夫されたい。</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。 全ホーム居室は完全個室になっており、それぞれの障がいにあわせた配慮がなされている。居室以外では、トイレの中にカーテンの設置や、女性が入浴中とわかるようにイラストなどを用いて表示するなど状況に合わせた実践が行われている。 しかし、定められている規程・マニュアル等について、今回の第三者評価事業受審に際して改めて読み返してみたということであり、諸規程の内容を理解しているとは言い難い。 全職員が、定められている規程・マニュアル等のルールを理解してサービスの実践を行うことが求められる。</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。	b
<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提供しているが、十分ではない。 それぞれの利用者の障がい特性を考慮しながら、法人内相談支援事業所や紫波町、矢巾町の相談支援事業所を通して、緊急時受入対応、施設見学等について適宜対応している。 精神科病院等から入所問合せが頻繁にあり、対応しきれない状況がある。現時点では事業所内の対応として公共施設等への施設紹介資料、パンフレット等は設置していない。 福祉サービスの情報提供については、必要な情報が広く提供され、利用者にとってわかりやすい情報提供をすることが望まれる。</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。 昨年、新しくグループホームの開設と既存のグループホームの増築が行われた際、利用料等の変更が生じたことで、家族向けの説明会が行われている。 また、新しい生活が始まる利用者には、意思決定ができる方は自分の部屋の位置やカーテンの色等自ら決めていただくなど自己決定が尊重されている。 一方で、意思決定が困難な利用者に対する対応について、マニュアルや規程等のルール化ができていない。適正な説明、運用が図られるような仕組み作りが求められる。</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。 現状、支援計画サービス内容の変更は少なく、身体的変化や著しい状況の変更等があれば、その都度の対応となっている。 利用者、家族等の相談窓口は所長対応となっているが、サービスの継続性に配慮した手順、引継ぎの文書が定められていない。 グループホームでの生活そのものが地域移行ではあるが、将来的に家庭への移行、事業所の変更等があった場合に備えて、サービスの継続性が確保されるよう書面等で伝えられるルール化が必要である。</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。	c
<p><コメント33> 利用者満足把握のための仕組みが整備されていない。 利用者の日常生活向上について、定期的調査、利用者懇談会、担当者の設置等々、外部から客観的に見て、実践しているサービスの根拠を確認することができない。 利用者本位のサービス「家での生活」を最重点に実践しているとのことであるが、施設の一方的な判断にならないよう、利用者へより質の高いサービスを提供するため、施設として現在のサービス提供の状況を定期的に把握する仕組みの整備が必要である。 例えば、内容評価(A6)で実施している遊生会における声を汲取る取組にひと工夫加えて、記録をしっかりと残して分析・検討を重ねながら次のステップを踏んでいくことなどの検討が望まれる。</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。 苦情解決の体制(苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置)の整備はされているが、機能しているとは言いがたい。 家族及び利用者から直接話があった場合、苦情としてではなく要望として捉えられている。 都度ケース記録に記載し職員間で情報共有しているとのことであるが、内容をよく探る適切な対応が求められる。 また、事業所として現状のサービス状況について、家族等に定期的に郵便手段などでアンケート調査行なうなど、苦情解決の仕組みが機能的に展開されるよう工夫されたい。</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、そのことを利用者伝えるための取組が十分ではない。 利用者と職員の距離が近く、個別の相談などは全室個室になっており、気軽に傾聴できる環境にある。 傾聴した内容は、ケース記録紙上の中にある「種別欄」で分けて記載しているが、その内容の分析、検討、対応などの対策が出来ていない。 相談内容が、質の高いサービス提供に有効な情報源であることから利用者、家族に還元できる仕組みを工夫されたい。</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。 利用者からの相談事は、各個室で意見、要望等が述べやすいように配慮しながら傾聴し、職員間で共有できるようにケース記録に残されている。 しかし、意見や要望などを受けた後の検討、対応方法、記録方法、利用者への経過説明と対応策が迅速となる手順を定めたマニュアル整備の必要がある。</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。	b
<p><コメント37> リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。 ヒヤリハット報告書、事故報告書などが適切に行えるように、委員会の設置を行い、職員参画のもと発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討して、利用者の安全確保がなされる体制整備の構築が求められる。 また、安全確保、事故防止に関する職員研修についても定期的に開催し、職員の自己啓発の向上に努められることを望む。</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。	b
<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ているが、取組が十分ではない。 感染対策として手洗い、手指消毒の実施、食卓や利用者が触れる場所等について日々の消毒が行われている。過日、新型コロナウイルス感染者が出た際には、法人内の他施設から隔離スペースを借りて対応するなど感染拡大防止に努めている。 しかしながら、感染症対策について、組織として責任と役割を明確にした管理体制が整備されていない。 8月に配属された看護師を中心として感染症予防、安全確保ができるように研修会等を開催し、早期の管理体制の整備が求められる。</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。	b
<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行っているが、十分ではない。 年2回の総合防災訓練、年3回の避難訓練、夜間想定訓練、DVD視聴による災害時対応の研修等を定期的実施している。 法人の緊急時におけるライデンメールを導入し、月1回は訓練メールを受信し、実際のメールに備えるなどの対応策がとられている。 その中で、近年各地で多く発生している想定外の豪雨災害について、第二中島ホームは、道路より下の立地であることと、ホームのすぐ近くを流れる「宮手川」の氾濫が危惧される。 防災マップ上では氾濫危険区域外ではあるが、万が一に備えた対応策を検討されたい。</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
<p><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。 支援マニュアルが文書化されているが、支援内容について具体性が求められる。 一例で、「入浴は支援が必要」となっているが、どこに、どのような、あるいはどの程度の支援が必要なのか、利用者の尊重、プライバシーの保護等に配慮された具体的な記述がなされていない。 標準的な実施方法について、さらに勉強会を開催し、個別支援計画が確実に実施されるよう工夫されたい。</p>		

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。	b
<p><コメント41> 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。 個別支援計画は6か月ごとに見直しを実施して、利用者から聞き取り、見直しの際に読み上げての説明がされているが、PDCAサイクル手法によって組織的な検討が行われ、より具体性のある実施方法を工夫されたい。</p>		

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
<p><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。 支援困難ケースとして、ろうあ者とのコミュニケーションは、手話やマカトンではなく独自のジェスチャーであったり、口の動きなどからの理解となるため、1:1での対応の際は必ず他職員と情報共有をして、1:複数で確認の意味を含め対応している。 腹膜透析の利用者は、一日4回365日の対応となることから、関係する職員、世話人、夜間世話人も病院で看護師による指導を受け、透析支援を行っている。 また、新しい職員でも透析マニュアルを確認しながら取り組めるよう対応している。主治医からの指導等あればケース記録への入力だけでなく、世話人や夜間世話人へも口頭でのフィードバックを実施している。 今後は、アセスメント手法の確立と、様々な職種の関係職員との協議を図られたい。</p>		

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
<p><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。 個別支援計画の実施状況の評価と見直しの実施手順については、個別支援計画書作成手順により実施している。 定期的なモニタリングも同様に実施しているが、個別支援計画の内容を緊急に変更する仕組みについては整備が必要である。</p>		

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。	b
<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記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。 記録については、支援記録システムのほのほのを活用し管理、運営している。 書式は統一されており、日々の記録や、個別支援計画にもとづくサービスの記録等が整備されている。 サービス実施状況が、ケース記録紙上の中にある「種別欄」で分けられているので、その内容をよく分析、検討して対策を講じ、さらにサービスの質を高める取り組みとなることを期待する。</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。	b
<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管理が行われているが、十分ではない。 利用者のケース記録など、システムを運営する面では全職員へパスワードの割り振りをし、使用履歴が残る仕組みになっており、責任ある取り扱いになっている。 システムの使用権限については、職員ごとに分類しており、必要以上に個人情報が開覧されることのないようにしている。利用者個々の重要書類は金庫で保管し、書類やケース記録等も鍵付きの棚で保管されている。 今後は、個人情報保護規程等により職員に対し教育や研修を行い、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規程の整備をされたい。</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。	b
<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が、十分ではない。 個別支援計画の「これからどんな生活を送りたいか」について、利用者一人ひとりの希望を、入浴や通院支援時に本人から聞き取りしている。年4回開催の施設全体会議で、各施設世話人からの話を個別支援のための重要な情報としている。3月と9月開催の全体会議は、モニタリングを兼ねて見直しをしている。遊びやレクリエーションについては、「何がしたいか？」を紙に書き出し、ジェスチャーを交え、○か×で利用者は選択している。障がい者スポーツ等イベントの参加確認やみちのくプロレスからの招待情報の提供など、見たい・行きたい・やりたい・食べたい・欲しいの希望を「遊生会」で取り入れている。 今後は、生活に関するルール等について、職員が利用者間の通訳的役割を果たしながら、障がいの重い軽いに関わらず、利用者同士が話し合っ決めて取組を期待する。</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。 虐待防止規程第6条にもとづき、利用者が掲示物を剥がすことのないホームは、虐待防止に関する掲示をしている。同第7条にもとづき「障がい者虐待と権利擁護」研修を、事業計画のとおり今年度実施している。研修は全員参加を基本とし、勤務上参加出来ない職員は、録画した研修内容をパソコンで視聴し、感想を所長へ提出している。やむを得ず身体拘束等の行動制限を行わざるを得ない場合は、同第10条で実施方法について規定している。職員は、障がい者虐待防止職員セルフチェックリストを毎月末に所長へ提出し、所長は提出されたリストを集計し本部へ提出している。 今後は、権利擁護や権利侵害について、具体的に検討する定期的な場を設け、職員の意識と理解を高め、検討で得られた具体例を利用者や家族に分かりやすく説明することを期待する。</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。 利用者から聞き取った「これからどんな生活を送りたいか」のニーズが支援内容として「必要と思われる支援目標」に位置づけた個別支援計画書となっている。位置づけた支援内容は、ケース記録で実施状況が確認出来る。食事を全量摂取する取組として、ゆっくりでも自力摂取出来たらシールが付与され、シールが貯まるとプレゼントが得られる動機づけを行っている。自己管理が難しい利用者には、毎週お小遣いを渡す木曜に、日用品(洗剤)の定数を渡し、一週間の使用量の目安が分かるよう支援している。福祉サービス更新申請書類を利用者と一緒取得する支援や、金融機関への払出代行する支援が、ケース記録で確認出来る。 今後は、支援にあたっては、自力で行っている利用者に関しては、介助を必要とする場合やその判断について、あらかじめ利用者や家族等と話し合いを行い、その方針や方法が職員間で共有・実践できる個別支援計画の内容及び同計画にもとづく具体的な支援メニューとなることを期待する。</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。 個別支援計画書の「必要と思われる支援」に、声掛け(ジェスチャー)など個々の支援内容を明記し、支援マニュアルに支援方法が示されている。支援内容は、ケース記録で実施状況が確認出来る。現在2名の聴覚障がい利用者には、本人独自のジェスチャーや簡単な手話を、コミュニケーション手段としている。意思表示や伝達が困難な利用者には、「派手」と「地味」のように対比しやすい2つの選択肢を用意し、本人の好む服の色について把握する取組をしている。 今後は、コミュニケーションに限られた職員対応となっていることから、コミュニケーション能力を高める支援や工夫を、相談支援事業所をはじめ障害福祉サービスを含めて検討することを期待する。</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。	b
<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行っているが、十分ではない。 お話できる機会として、同性介助による入浴支援時や職員が施設にいる時間帯の居室で、相談が出来る。居室にはコールボタンがあり、職員を居室へ呼び寄せることが出来る。衣類購入の際は、サイズ・色などの好みの間取りと併せて、希望の服がない場合についても説明し、購入判断の情報提供をしている。日中事業所での不快な出来事に対する相談内容について、職員で検討し、本人の趣味や特技を日中活動に盛り込む支援内容への調整を、関係機関と行っている。 今後は、障害者総合支援法第42条にもとづく配慮が求められる中で、利用者の意思決定支援について、施設としての考え方や仕組みを明確にし、相談内容の検討結果が、個別支援計画や支援マニュアルに盛り込まれることを期待する。</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。	b
<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が、十分ではない。 利用者からの「お菓子を食いたい」「ホームの皆と一緒に楽しいことをしたい」「ドライブに行きたい」など、見たい・行きたい・やりたい・食いたい・欲しいの声を汲み取る「遊生会」がある。月間年間スケジュールは、通院支援を優先することから計画書としてはないが、やれる時に企画・実施する方針で、8月に冷やしソーメン(中華麺を使用)とスイカ(中身をくり抜き外側を器として使用)で、納涼を味わう昼食会を実施している。イベントや観戦招待がある時は、情報提供を行っている。 今後は、利用者ひとり一人の意向を尊重した日中の過ごし方や地域の日中活動等の利用ができる支援内容とともに、支援の提供体制や環境の見直しを行い、個別支援計画にもとづく日中活動となることを期待する。</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。	b
<p><コメント7> 利用者の障害の状況に応じた支援を行っているが、十分ではない。 年4回開催の施設全体会議で支援に関わる検討を行い、支援マニュアル・食事形態一覧・入浴メンバー表で支援内容が確認できる。個別支援が発生した場合は、お知らせ文で情報共有し、利用者の日々の生活を送る支援への繋がりが、お知らせ文やケース記録で確認出来る。行動障害に対する支援として、約束事に対し「守れる人」「守れない人」を明記したルールを基本に、一貫した支援を行っている。日々の生活を送るために、通院日程や食事の席など利用者間の関係調整を行っている。 今後は、適切な支援と支援の質の向上を図るための研修等の機会と、利用者の支援記録から専門職の助言を得るなどの支援方法の検討・見直しの機会を期待する。</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。 献立は第二新生園の実施献立表をもとに、各施設で調理指示書から人数分の食材を注文し、ホームで調理している。調理した料理は、ランチ皿に盛られ、お椀とコップが付く。3名の利用者が、専用食器を持ち込み使用している。遊生会の食事の時は、お皿が用意され、自由にお代わりできる。通院等で2時間以上食事時間に間に合わない場合は、料理は廃棄され、パン等を購入している。入浴は、メンバー表にもとづき、日中活動から戻り次第又は夕食後の日曜日のをぞき、入浴と足浴を交互に行っている。屋外で電動車いす利用の方は、ホーム内での移動は、歩行器を使用している。 今後、食事については、利用者の好みや希望がメニューに盛り込まれ、利用者が好む食器や場所で楽しく・おいしく食べられる工夫を期待したい。排泄についても排泄リズムを把握し、排泄の自立に向けた支援が、個別支援計画にもとづいた日常的な生活支援として実施されることを期待する。</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。	a
<p><コメント9> 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。 自分の部屋が一番居心地良く、安らぎ、ほっとできる場所となる生活環境づくりを目指し、全ホーム個室として整備している。天窓から光が入り明るさが確保でき、エアコンによる温度管理で、冬でも20度以下にならず適温が保たれている。利用者の希望に添ってテレビ・ラジオ・ステレオ・冷蔵庫などが、居室に持ち込まれている。カーテンは色見本を示し各自で決めている。利用者間のトラブル等があった場合は、自室へ誘導し、クールダウンを図っている。ソファやテーブルは家具屋で実物を見て、購入している。歩行器で移動できるよう、ベッドを壁側に配置し、居室中央スペースを広く確保している。</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> 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。 歩行器による移動や椅子への移乗による足の筋力低下防止、時間を要しても自力での衣類の着脱力を日常的な支援において実施している。筋力萎縮を防止するため、個別支援計画の支援内容の医療項目に、支援方法が記載され、実施状況については施術報告書・近況報告書で確認出来る。 今後は、個別支援計画に機能訓練・生活訓練を位置づける基準を明確にし、利用者一人ひとりの計画を定めるとともに、日常的な支援において支援マニュアルの検討・見直しを期待する。</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。	b
<p><コメント11> 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行っているが、十分ではない。 入浴の支援で、利用者身体の傷・痣・発疹の身体チェックをしている。つねられた跡がある利用者から事情を聞き取り、日中事業所へ対応を求めている。通院・服薬・急病マニュアルにもとづく、かかりつけ医等の定期受診や市町村実施の特定健診受診への通院支援が、ケース記録で確認できる。また、同マニュアルには急病時の対応に加え、特に配慮の必要な利用者の急変時対応も明記している。月曜から金曜の10時から17時まで、看護師が各施設を巡回し、把握した健康状態を事務所で共有している。 今後は、利用者の健康管理の基本と方法や留意点についての研修機会及び職員が個別指導等を定期的に受けられる体制を期待する。</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。	b
<p><コメント12> 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が、十分ではない。 業務分担表にもとづき生活支援員が、利用者の通院計画及び通院支援を行っている。通院は、薬の残数が10日分を目安に通院支援している。処方された薬は事務室へ持ち込まれ、薬の変更等ある場合は、メモで情報を共有している。持ち込まれた薬は、事務室で各施設の利用者ごとに一週間分を単位としてセットし、室岡ホーム倉庫に保管している。保管された薬は、毎週木曜に各施設へ配薬される。通院・服薬・急病マニュアルの服薬についての項目で、薬の保管から服用に至るまでを、色で視覚的に確認し、薬のセッティング手順も明記している。薬の変更等の情報提供については、薬剤情報提供書コピーを家族へ送付した記録が、ケース記録で確認できる。 今後は、施設の医療的な支援に関する方針と所長の責任を明確にし、利用者の生命・身体への影響の大きさを十分に認識した上で、安全管理体制の構築を期待する。</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。	評価外
<p><コメント13></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。	評価外
<p><コメント14></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。	b
<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が、十分ではない。 入所時に家族から親子関係、家族関係、支援の状況などを聞き取り、利用者や家族等の関係性を把握している。利用料請求書の送付に併せて、新生ホームたより(不定期発行)や法人広報紙(年4回発行)、遊生会行事(実施月発行)を同封している。メールや電話での家族への報告及び家族からの相談対応が、ケース記録で確認できる。障害福祉サービス提供事故は、運営規程第17条第4項にもとづき直ちに家族等へ連絡を行うこと、緊急時の援助については、利用契約書第13条第2項にもとづき家族等への連絡が明記され、緊急フローチャートもある。面会、外泊、衣類、薬などの家族からの相談に応じ、職員の家族へ助言・支援が、ケース記録で確認出来る。 今後は、利用者の意向やプライバシーに配慮したうえで、家族等との意見交換の機会を設けることを期待する。</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。	評価外
<p><コメント16></p>		

A-4 就労支援

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。	評価外
<p><コメント17></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。	評価外
<コメント18>		
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。	非該当
<コメント19>		