

(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3月10日～27年3月5日

2 事業者情報

事業者名称(施設名):みちのく療育園	種別:医療型障がい児入所施設(療養介護・生活介護)
代表者氏名:理事長 阿部 肇男 (管理者) 施設長 伊東 宗行	開設年月日:平成13年7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50名・療養介護50名・ 生活介護15名
所在地:岩手県紫波郡矢巾町大字煙山24地割1番地 TEL:019-611-0600 FAX:019-611-0601	

3 総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○ 管理者の責任とリーダーシップ</p> <p>施設長は、県内唯一の重症心身障がい児のための医療型入所施設みちのく療育園の開設時より、管理者として、また小児科医として重い障がいを持つ利用者の福祉と医療の充実を目指し、その責を担ってきた。医療・看護・療育等に従事する専門多職種の職員が、志を一つに利用者に向きあうには、「理念」を共有し、チームとして働くことが何よりも大切である、との思いから施設の理念の制定を提唱し、「全ての人々の幸せのために」職員自らの人生設計の中で満足感を持って仕事にあたるようにしたい、と考えている。管理者の役割・責任について園運営規程や業務分担表に明示すると共に、運営会議をはじめ各種職員会議において繰り返し表明している。検証や評価については、職員による「虐待防止チェックリスト」(月1回)や「職員身上調査」(年1回)に記載される意見・提案等を通して把握するよう努めている。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○ 利用者満足の向上を目指す姿勢の明示</p> <p>利用者の意向を確認する取組は、「地域移行希望調査」を保護者宛てに昨年実施しているが、サービスの満足に関する内容ではない。また、個別支援計画を作成する際に、家族などから意向を聞いているが、利用者満足を目的としたものではない。さらに、保護者会が設置され、施設に対する意見や要望について、保護者会で集約し保護者会の代表が施設に伝えている。しかし、施設生活の中で提供する洗顔や排泄介助、食事介助などのサービスについて、利用者がどの程度満足しているのか把握する仕組みの構築が求められる。その中でも重い障がいをもつ利用者や家族の意向を汲取る工夫や仕組みを整備することが求められる。</p>

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>当施設は、岩手県における唯一の重症心身障害児施設として開設され、13年経過しましたが、福祉サービスに医療を併せ持つ施設のため施設整備、有資格専門職員の確保等の課題の解決には関係機関の支援と協力を頂き現在に到達しました。この度、事前の自己評価の実施、関係資料等の整備を行い、福祉サービス第三者評価を初めて受審しましたが、この結果を全職員に周知し、改善を求められた事項につ</p>

いては真摯に受け止めて、今後の障がい者福祉サービスの改善に活かして行きます。

以下、改善を求められた点について、今後の推進計画を記します。

1 必要な人材や人員体制に関する具体的プランの確立

事業者である社会福祉法人新生会が第Ⅲ期経営計画の26年「人材育成の基本方針」と「期待する職員像」を示し、教育研修制度の体系化を進めているので、当施設の福祉・医療サービス実践の特殊性を加味した研修体制と連動して人材育成に当たりますが、福祉系に加えて医療系専門職員の必要人員確保は現在の社会情勢において極めて困難な状況にあります。27年度以降の第Ⅳ期経営計画において、施設・設備の拡充、利用者ニーズに応える福祉サービスの充実を目標に当施設の社会的重要性を強調し人材確保を最重点課題として取組みます。

2 利用者満足の向上を目指す姿勢の明示

重症心身障害児・者の満足度のアセスメントや評価は困難であるが、熟練した専門職員や家族によって理解され評価されるのが常であるので、直接処遇に関わる職員が現場個々の情報を共有するための事例を検討する機会を今以上にきめ細かに実施して、利用者の満足感に応える努力を重ね、実践記録を文書化します。また、保護者との懇談の場、情報交換の機会を積極的に持てるよう保護者会と共通の目線で連携することなど、これまでの手法や仕組みを再検討して改善に努めます。

3 サービス実施計画策定の手順書等の策定

個別支援計画等、利用者のニーズや課題に沿ったサービスの実施計画内容については、従前の作成手法の不備な点を改めるとともに手順書等の整備を直ちに実施します。

4 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムの工夫

現在も日常活動において利用者と共に定期的実践されている「療育活動」ないし「生活訓練」は調理体験等各種の創作活動や体験学習として企画されているが、具体的なメニューやプログラムの判りやすい提示や文書化を工夫します。

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【みちのく療育園】

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>社会福祉法人新生会は、昭和58年(1983)重い障がいがある子の一人の親の熱意によって創設され、重度身体障がい者施設・知的障がい者施設を運営し、さらに平成13年(2001)重症心身障がい児者の当事者・保護者の願いに応えるべく、岩手県初の医療型障がい児入所施設(重症心身障がい児)みちのく療育園を開設した。法人の理念「輝く命」は、どのような障がいであろうとも「命はみな同じ」「よりよい状態で生き続けることこそが幸せ」との創設の原点を現わしている。療育園の理念は、この原点を踏まえて「全ての人々のために豊かな生活と幸福な人生を築くことを目標とし、地域社会と共に手を携えて前進します」と示している。理念は、施設の事業計画書・パンフレット等の各種文書に記載されている。</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>法人は基本方針として、[第1]人権の尊重、[第2]四者(利用者・家族・職員・役員)一体での運営、[第3]倫理の確立、[第4]地域生活支援の活動強化、を掲げている(平成26年4月一部改訂)。療育園の基本方針は法人及び園の理念の具体化を図るために、①重い障害を持つ人々の福祉と医療の充実を目指す、②ノーマライゼーションの理念に基づいて、地域社会と共に歩む、③内外の評価と提言を受けながら日々研鑽に励む、の三項目を定め、職員の行動指針として明示している。</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はない。</p> <p>理念・基本方針を収録した事業報告書・事業計画書等を全職員に配布し、園の運営会議において周知に努めている。新採用職員・法人内転入職員に対しては、オリエンテーションのプログラムに組み込み説明している。しかし、理念や基本方針をテーマに設定する施設内研修や討議等、全職員に周知を図るための継続的な取組には至っていない。</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>重い障がいを持つ利用者への説明は困難であるが、保護者会との懇談の機会(年2回)を通して説明している。さらに継続的に周知・理解を図る方策として、園の広報「みちのく」(年3回刊)や家族宛の園だより「Together」(月刊)を活用し、理念や基本方針をわかりやすく説明する等の工夫が望まれる。</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>法人は平成24年3月「第Ⅲ期経営計画」(平成24～26年度)を策定した。計画は4つの重点課題を挙げ、法人全体と経営する7施設・事業所ごとに個別経営計画(現状と課題、目標、実行計画等)を具体的に明示している。計画は毎年度末に「達成状況調査」を行い、法人内施設長業務連絡会において検討・見直しに取組んでいる。現在、3カ年の進捗状況について総括を行い、次期(第Ⅳ期)計画案を策定中であり、年度末の理事会へ提案する予定である。</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。 法人の経営計画の重点目標と園の実行計画を基に年度事業計画を策定している。策定にあたっては、課題ごとに事業の進捗(達成)状況を総括し、翌年度の計画へ反映する仕組みとしている。</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。	a
<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るとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。 事業計画策定の「手順書」を定め、これに則り、法人及び施設長の指示により、各部長(3部制)の下で部・課の会議・各種委員会において事業総括を行い、次年度計画を立案している。実施状況の把握と評価は、各部・課会議で経過報告・意見交換を行うなど、職員参画による組織的な取組となっている。</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。 職員には事業報告書及び事業計画書を配布し、運営会議(施設長、事務長、各部長、各課長、科長)をはじめ部会議・職員会議等において説明している。利用者については説明は困難であり実施していない。保護者に対しては広報誌に施設長所感と活動紹介を掲載し、家族宛通信の「園だより」で月予定や行事等活動報告を行っているが、事業計画を説明する内容とはなっていない。よって、広報誌や園だよりの活用策について検討されたい。</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。 施設長は、県内唯一の重症心身障がい児のための医療型入所施設みちのく療育園の開設時より、管理者として、また小児科医として重い障がいを持つ利用者の福祉と医療の充実を目指し、その責を担ってきた。医療・看護・療育等に従事する専門多職種の職員が、志を一つに利用者に向きあうには、「理念」を共有し、チームとして働くことが何よりも大切である、との思いから施設の理念の制定を提唱し、「全ての人々の幸せのために」職員自らの人生設計の中で満足感を持って仕事にあたるようにしたい、と考えている。管理者の役割・責任について園運営規程や業務分担表に明示すると共に、運営会議をはじめ各種職員会議において繰り返し表明している。検証や評価については、職員による「虐待防止チェックリスト」(月1回)や「職員身上調査」(年1回)に記載される意見・提案等を通して把握するよう努めている。</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。 施設長は、全国重症心身障害児施設長会議はじめ、医師会・学会へ参加すると共に職員を学術集会や研修へ派遣し、関係法令・制度改定の動向等の把握に努めている。法人は「法令遵守規程」を定め(平成24年)、コンプライアンス・マニュアルにより施設長の役割・職員の責務を明示している。しかし、施設運営において遵守の対象となる法令は多岐に及ぶことから、基本的な法令については、一覧表(リスト化)にし組織として共有する必要がある。さらに、すぐ利用できるよう法令・通知等の閲覧用の書棚等を整備するよう工夫されたい。</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り組みに指導力を発揮している。	a
<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十分な指導力を発揮している。 園は、平成13年の創立以来、「岩手県における重症心身障がい児の福祉と医療の拠点としての役割を担う」ことを方針に掲げ、医療型障がい児入所施設・療養介護事業所として「個人の尊厳が守られるサービスの提供と質の向上」を事業の重点目標に据えている。総務・給食・医療・看護・療育の専門スタッフの参画による各種委員会を組織し、業務の見直し、改善に取組んでいる。第三者評価については、昨年度は主任クラスを中心に試行的に自己評価を行い、その上で今年度は、全職員による自己評価に取組み、その結果を運営会議で総括し、第三者評価を受審するに至った。今後も定期的に受審し、その結果を一層の質の向上へ反映する方針である。</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。	a
<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十分な指導力を発揮している。</p> <p>施設運営・財務に関しては、病院会計準則により毎月の収益・費用の状況等報告を基に運営会議において検討し、現状把握と課題の分析に取組んでいる。職員配置は、児童福祉法・障害者総合支援法・医療法・健康保険法における基準を満たすよう努めている。しかし、最近の人材確保は厳しい状況にあり、欠員を発生させないよう県福祉人材センター等を通し求人活動を継続している。さらに、一部不測の事態に備えて人材派遣会社を利用し、職員定数の確保を図っている。</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。	a
<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積極的に行っている。</p> <p>日本重症心身障害福祉協会・重症児者を守る会ははじめ全国・ブロック・県段階の施設長・医師会等の各種会議や研修会へ管理者・職員を派遣し、関係法・制度をめぐる動向や対応策の把握に努めている。ニーズの把握については、県担当課や県福祉相談センターとの連携を図ると共に、県重症児者支援検討委員会・県重症児者を守る会・地元医師会等へ参加、情報収集し、施設運営や事業計画に反映している。</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。	a
<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とともに、改善に向けた取組を行っている。</p> <p>運営会議において、病院会計準則による月ごとの収益・費用状況、利用者・受診者の利用実績等の分析に取組み、各部会議等で職員へ説明し、経営状況について共通理解を図るよう努めている。また、業務検討委員会を定期(年2回)的に開催し、業務改善課題の検討を行い、事業計画の見直しへ反映している。</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。	b
<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るが、それに基づいた人事管理が十分ではない。</p> <p>法人は第Ⅲ期経営計画において「総合的な人事管理と働きがいのある職場づくりに努める」ことを重点課題に挙げ、平成24～25年度の検討を経て、平成26年「人材育成の基本方針」と「期待する職員像」(案)を示した。これに併せて、「教育研修制度」の体系化を図り、「教育研修規程」「同実施要領」(案)を示している。これらを受けて療育園では、先に実施している「人事考課制度」との連携を図る方向で試行的に実施している。なお、有資格職員等の配置については、医療系・福祉系専門職員の必置定数を定めているが、中長期視点に立って、ニーズの変化・施設機能の拡充・人材確保と定着難などの課題を踏まえたプランの策定が求められる。法人の次期計画の課題としてこれらの具体化を期待する。</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>法人は、平成19年度「人事考課システム」の導入にあたって、「法人の目標達成に貢献できる職員の人材育成並びに努力すれば報われる適正処遇等を実現する」との目的を明示し、その概要(仕組、考課基準の考え方、考課表)を定めている。考課の結果は、給与規程の第8条(昇給の基準)の定めによる昇給の他、昇任、昇格等の人事に反映することとしている。現経営計画では「人事考課制度を人材育成に活用されるよう見直しが必要である」との課題を挙げ、今年度、人材育成の基本方針・期待する職員像・教育研修制度(案)を作成し、先行実施してきた人事考課制度を含めた総合的な人事制度の確立を目指している。また、次期経営計画の策定にあたっては、現在の『人事考課システムの概要』(手引)を正式な規程・要領として制定することが望まれる。</p>	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

<p>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。</p>	<p>b</p>
<p>評価者コメント 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。 就業状況や意向の把握には「職員身上書」(年1回、本人の状況・家族の状況・業務の取組・能力開発・将来への希望・異動希望等)及び「虐待防止セルフチェック」(月1回、20項目のチェック・意見や提案等)の提出を求めている。これらの結果は、運営会議・部長会議等で検討し、個別面談や希望によりカウンセリングを実施している。さらに人事異動希望については、法人内施設長業務連絡会・法人事務局が預かり検討することとしているが、各施設ごとの人材や人員体制に関する具体的なプランとの調整により実行されることが求められる。</p>	
<p>II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。</p>	<p>b</p>
<p>評価者コメント 福利厚生事業を実施しているが、十分ではない。 福利厚生センターへの加入及び福祉医療機構退職共済・県社協民間社会福祉施設職員共済に加入し、各種のサービスや慶弔等給付金制度を利用している。また法人独自に「慶弔見舞金規則」を設ける他、事業所ごとに職員親交会を組織し、職員間の親睦・交流を図っている。労働環境改善・健康管理等については、労働安全衛生法に基づく衛生委員会を設置し、定期健診・感染症予防・食中毒予防・メンタルサポート等に取り組んでいる。ただし、福利厚生センターへの加入は正規職員だけとなっているため、非正規職員への総合的な福利厚生についての検討・配慮が期待される。</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。

<p>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。</p>	<p>b</p>
<p>評価者コメント 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るが、十分ではない。 法人の経営計画の重点課題の一つに「総合的な人事管理と働きがいのある職場づくりに努める」ことを挙げ、「人材育成の基本方針」(案)を示している。基本方針では、法人の理念「輝く命」の実現に向けて、「明日の福祉を担う」人材を育成することを掲げ、さらに「期待する職員像」として5項目を明記し、法人として取り組む教育研修制度(案)を示している。療育園では、この方針を受けて今年度より試行的に取組を進めているが、十分とはいえない。法人全体として、次年度からの第IV期経営計画の中で制定・施行されることを期待する。</p>	
<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。</p>	<p>b</p>
<p>評価者コメント 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るが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。 前項①の基本方針(案)に基づき「教育研修規程」(案)並びに「教育研修実施要領」(案)を作成し、「職員個人人材育成計画」と「職員研修履歴カード」の整備、各職員ごとに人材育成の目標やその実現のために必要な研修(本部所管・施設所管・自己啓発)の具体化を図ることとしている。療育園において今年度は、新任職員研修(3カ月継続)、専門認定看護師育成研修(2カ年継続)等に取り組んでいる。次年度は、さらに一人ひとりの計画作りにつながることを期待すると共に、職員構成の約4割を占める非正規職員(嘱託、委託を含む)に対する教育研修をどのように取り扱っていくか、併せて検討が求められる。</p>	
<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。</p>	<p>b</p>
<p>評価者コメント 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。 新任職員研修については、3カ月間の各週ごとの課題設定と支援内容の履修評価と反省を行っている。また派遣研修等の受講者は復命書及び報告会により学習内容を発表しているが、いずれもその成果の評価・分析等には至っていない。今年度より試行的にスタートした教育研修の仕組(個別人材育成計画等)が第IV期経営計画の中で制定・施行され、年度の振り返り、評価・次の課題設定等の取組が進むよう期待したい。</p>	

II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。

<p>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。</p>	<p>b</p>
<p>評価者コメント 実習生の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。 事業計画の重点目標【(2)-(イ)地域社会との交流・・・】の項の文中に「ボランティアや医療・介護・福祉関連の実習学生の受入れ・・・」を行うと記述しているが、実習生受入れの「要綱」等は定められていない。実習生の受入れは、将来の福祉人材育成につながるものであり、施設の社会的責務であるとの考えに立って「実習生受入れ要綱」の制定が望まれる。また、実習生に対する説明資料「実習の案内」を作成しているが簡易な留意点に止まっている。したがって実習生受入れの窓口、担当者、利用者・家族への事前説明、職員への説明、オリエンテーション実施方法を明記した「マニュアル」を整備する必要がある。</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。実習生の受入れにあたっては、学校主催の実習指導者会議に出席し、学校側から要請される実習内容に対応している。今後は、重症心身障がい児施設の特性を踏まえ、実習生の種別等を考慮した具体的な「プログラム」の作成が望まれる。なお、平成25年度は、リハビリ臨床実習(2名)、保育実習(2名)、県立大学社会福祉基礎演習見学実習(20名)を受入れている。</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。	a
<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。医療型障がい児入所施設の利用者の特性を踏まえ、特に医療安全対策として、医療安全管理のための指針、院内感染症対策指針、与薬の事故防止マニュアル、医療事故報告ルート、防災マニュアル等を定めている。組織体制としては、施設長はじめ各部課責任者・担当職員参画の各種委員会(医療安全管理・院内感染対策・防災・リスクマネジメント等)を設置し、毎月定例会で利用者の安全確保に関する事例報告・防止対策について検討している。</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。	a
<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、要因分析と対応策の検討を行い実行している。リスクマネジメント部会(月2回)において事故報告・ヒヤリハットの情報収集と分析・防止策の検討、マニュアルの見直しに取り組んでいる。さらに、各委員会の取組をもとに危険予知訓練、消毒剤・手洗い、吐物処理、医療安全管理等をテーマに施設内研修を企画開催し、組織をあげて利用者の安全確保・事故防止への研鑽に励んでいる。</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、十分ではない。園は、基本方針の「ノーマライゼーションの理念」に基づいて、利用者のニーズを把握し、より多くの社会性を身につけるとともに地域社会との関わりの中で充実した生活が送れるよう支援に取り組んでいる。具体的には「個別社会体験」(外出、買物、軽食、ドライブ)や「ミニバスハイク」(夏から秋の季節を感じる少人数での小旅行)、町福祉まつり等の地域行事への参加等、冬期間を除き年間を通して実施している。しかし、外出等は入所者一人につき年1回程度の実施に止まっており、ニーズに応えるためには職員にプラスした支える体制づくり(ボランティア・保護者・協力者等の組織化)が望まれる。</p>	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a
<p>評価者コメント</p> <p>施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。園は地域の障がい児のために、地域ニーズに応じ専門機能の積極的提供に努めている。具体的には、自治体の母子保健事業(乳幼児健診、障がい児の二次診査、療育相談)、障がい児者団体の事業(療育キャンプ、研修会)、小児医療活動(地域医療、小児救急)、教育行政(特別支援教育、障がい児就学指導・支援)、児童相談所の巡回相談など多様な事業・活動に対し、医師をはじめとする専門スタッフを派遣・協力を行っている。地域・福祉関係者等へ向けて、園広報誌、ホームページ、パンフレット等により定期的な発信に取り組んでいる。</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。園のボランティア活動は利用者の衣類縫製・遊具作成・ウエス裁断・車椅子掃除等を中心に、家族ボランティア・ちょボラ・いきいきの三グループが年間を通して定期参加する他、実習生による事前体験ボランティアを受入れている(平成25年度、42件・延べ295名)。園事業計画の重点目標[(2)-(イ)地域社会との交流...]の項の文中に「ボランティア...の受入れ...」を行うと記述しているが、ボランティア受入れの「要綱」等は定められていない。また受入れに関する「マニュアル」(受入れ窓口、担当者、登録手続、活動内容、利用者・ボランティア・職員への事前説明、実施状況の記録、オリエンテーションの実施方法など記載)も整備する必要がある。</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。</p> <p>現在、一覧資料として日本重症心身障害福祉協会加盟施設、重症心身障害児者を守る会、主要な病院等を収録しているが、日常的に利用者サービスや園運営にとって連携が必要な機関・団体等の社会資源をリスト化し、職員間で共有できるように整備する必要がある。具体的には、福祉事務所・児童相談所・保健所・市町村の担当課・地域の病院・学校・警察署・消防署・自治会・社協・民生児童委員協議会・ボランティア・その他協力者・団体などを体系的に収録することが望まれる。</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。</p> <p>地域の障がい児者の生活・療育支援のために法人内の障がい者地域生活支援センター「しんせい」はじめ、盛岡広域圏障がい者支援センター、紫波郡障がい者地域生活ネットワーク会議（つき一会）と連携を図り、情報交換やニーズ把握・課題の検討を行うネットワーク活動を展開している。特に地元の紫波郡においては、34団体が参画し、定期開催する「つき一会」のネットワークは注目に値する。</p>	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a
<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積極的に行っている。</p> <p>前項(2)-②に記す地域ネットワーク活動を通してのニーズ把握をはじめ、県内市町からの要請による療育相談・巡回相談や岩手県「重症心身障がい支援体制検討委員会」に参加し実態調査と支援策の協議を行っている。また岩手県重症心身障がい児(者)を守る会等の当事者団体の活動へ参加協力する中で、ニーズの把握に努めている。</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。	a
<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・活動が実施されている。</p> <p>事業計画の重点目標に「地域の機関・団体、個人と連携し、地域の生活・福祉課題の解決に努める」ことを掲げ、短期入所と通所事業の充実・推進に取組んでいる。さらに、平成27年度に施設の増築(12床)を行い、短期入所の増床及び施設入所定員増を計画中(第IV期経営計画)である。前掲(1)-②に記した自治体の母子保健事業・教育行政・児童福祉行政・重症心身障がい関係団体等が行う事業活動に対し継続的に協力参加していることは高く評価される。</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。	b
<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ているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。</p> <p>利用者を尊重した姿勢は、法人及び施設の理念・基本方針に明示されている。利用者の尊重や虐待防止の研修会は、年に2回伝達研修として実施されている。個々のサービスの標準的な実施方法は、看護部の「看護業務手順」が汎用され、別建てのものである。「障がい者虐待防止職員チェックリスト」を使用し、毎月点検する取組が行われている。しかし、利用者を尊重する基本姿勢となる理念・基本方針の共通理解の取組は、事業計画などの冊子に記載されたものを配布するに留まっており、施設の理念等の内容を全職員で、共通に認識し捉える取組が望まれる。</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。</p> <p>施設のプライバシー保護に関する実際の取組は、広報などの外部への顔写真の掲載や提供、入浴、排泄などの同性介護の実施、マイクロバス乗車時のカーテンの開閉など、日々の支援の中で議論され取り組まれている。しかしその内容が文書として整理されていないため、家族等の意見も参考にし、重い障がいをもつ利用者のプライバシーの考え方について職員間で協議検討するとともに、現在実践されている支援の内容を整理し、規程やマニュアルとして職員に周知することが求められる。</p>	

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上上に努めている。

Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上上を意図した仕組みを整備している。	C
<p>評価者コメント</p> <p>利用者満足の上上を目指す姿勢が明示されていない。</p> <p>利用者の意向を確認する取組は、「地域移行希望調査」を保護者宛てに昨年実施しているが、サービスの満足に関する内容ではない。また、個別支援計画を作成する際に、家族などから意向を聞いているが、利用者満足を目指すものではない。さらに、保護者会が設置され、施設に対する意見や要望について、保護者会で集約し保護者会の代表が施設に伝えている。しかし、施設生活の中で提供される洗顔や排泄介助、食事介助などのサービスについて、利用者がどの程度満足しているのか把握する仕組みの構築が求められる。その中でも重い障がいをもつ利用者の意向を汲取る工夫や、家族の意向を含めた仕組みを整備することが求められる。</p>	
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上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。</p> <p>施設の各種委員会には、医療の安全管理に関する委員会等、12の委員会が設置されている。利用者のサービス上上に関係する委員会として、「業務検討委員会」があるが利用者満足の上上の取組は機能していないため、利用者の満足度を把握する仕組みの整備をはじめ、利用者からの意見や要望、苦情を含めたサービスの上上にかかる委員会の再整備が必要である。</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。	C
<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ない。</p> <p>重い障がいをもつ利用者からの意見や要望は、これまで皆無であるとしている。苦情解決に関する文書は、施設に掲示しているが、意見や要望に関する文書を施設に掲示したり、家族に配布することも求められる。また、重い障がいをもつ利用者からの声が届かないことや、家族が施設に「言いづらい」ことに配慮した意見や要望を引出し受け止める工夫も期待される。</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。</p> <p>苦情解決規程は、平成24年4月1日改定の法人が定めた規程と受付から解決の様式が整備されている。過去2年間は苦情の申し出はない状況にある。保護者からの苦情は、保護者会で組織として取りまとめ施設に提示する仕組みがある。保護者が重い障がいをもつ子を施設にお願いしている心情や、苦情の申し出者が特定出来ないよう保護者会で配慮していることが推察できる。そのため、苦情に対する施設の基本的な考え方や引き出し方について、工夫が期待される。また、法人の定めた苦情解決規程の受付から解決までのタイムスパンの明示についても検討を要す。</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>評価者のコメント</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。 利用者の意見を求めることは困難であるが、利用者の家族からの意見や要望などは、日々の施設の業務の中でその都度、部長などが責任をもって対応している。しかし、提案された意見や要望の記録は残されていない。また、対応マニュアルの整備とともに施設での対応のあり方について、工夫が望まれる。</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。	b
<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るが、十分に機能していない。 今回が、初めての福祉サービス第三者評価の受審である。今回の受審に当たって、全職員で自己評価を行い、運営会議を受けて総務部長が取りまとめている。利用者のサービス向上や業務改善に関する委員会は、「業務検討委員会」があるが、サービス内容の評価については機能していないため、サービスの質の向上のため自己評価結果の分析、課題の整理、改善計画の提案など、一連の取組を中心に担う委員会(担当者・担当部署)の再整備が必要である。</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る。 自己評価の結果を基にした分析は行っていないため、前項①と同様に課題を明確にする委員会(担当者・担当部署)の再整備が求められる。また、今後示される第三者評価結果についても職員間で課題の共有化を図り、改善に向けた体制作りが望まれる。</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。 自己評価について、結果の分析、課題の整理、改善計画の提案がされていないため、今後示される第三者評価結果について、職員間で課題の共有化を図るとともに、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定し改善に向けた取組が期待される。</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。

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。	b
<p>評価者コメント</p> <p>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。 利用者のサービス提供における標準的な実施方法となる業務のマニュアルや手順書は、看護部の「看護業務手順」を汎用した形となっている。看護部における業務手順書の一覧を確認することはできたが、療育部におけるマニュアルや手順書の一覧は整備されていない。また、療育部においては、食事や入浴等の一人ひとりのサービス提供での配慮事項を細かく明記した文書は整備されているが、個々のサービスにおける手順書やマニュアル等は整備されていない。看護部と同一の利用者に関わっていることから、「看護業務手順書」の中で共有化できるものと別途文書化が必要なサービスについて、検討協議し整備することが求められる。</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。	C
<p>評価者コメント</p> <p>標準的な実施方法について定期的に検証をしていない。 利用者のサービス提供における標準的な実施方法となる業務のマニュアルや手順書は、前項①に記載のとおりである。今後は、療育部として必要なサービスの標準的な実施方法について、検討協議する担当者や部署を設置することが求められる。</p>	

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

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。	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の実施状況が記録されているが、十分ではない。</p> <p>利用者のサービス実施状況の記録は、基本台帳、個別支援計画書(1)、個別支援計画書(2)(看護課、リハビリテーション課、歯科、給食、生活支援)、中間評価、終了時評価、支援経過記録が用いられている。施設として、記録すべきサービスの実施状況は規程としては定められない。また、看護部との記録の擦り合わせや、何を記録すべきかを定めた記録要領も整備されていない。平成22年11月20日付の「記録の書き方について」の文書を確認することができたが、文章表現の記述の仕方を示した内容に留まっている。そのため、どのような書式にどのような形式で、どのような内容を記述すべきか統一した方法を示すことが望まれる。</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。	b
<p>評価者コメント</p> <p>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。</p> <p>利用者の個人情報保護に関する規程、利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程は、施設の園内規程に定められている。利用者の記録、保存、廃棄に関する規程は、法人の庶務規定の文書取扱に明示されている。施設における業務分掌は、療育部の各業務を分担した表で示されているが、記録管理の責任者を確認することができなかったため、業務分掌の中に記録管理の責任者を明示することが求められる。</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。	b
<p>評価者コメント</p> <p>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。</p> <p>利用者の状況等に関する職員の情報共有の仕組みは、朝夕の申し送りで行われている。書面では、業務日誌、申し送り簿、支援課メモ、申し送りノート(業務指示、利用者関連)を用いて、不規則勤務でも利用者の情報が共有できる取組になっている。ケースカンファレンスは、定期的に行っているが、各課からの個別支援計画書(2)の提出のみで、共有する仕組みとしては、十分な取組とはいえない。現在、ケースカンファレンス開催の見直しを進めており、部門間での更なる共有化が図られるよう期待したい。また、パソコンなどのネットワークシステムを活用した記録の効率化や利便性についての検討も望まれる。</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。

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。	b
<p>評価者コメント</p> <p>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が、十分ではない。</p> <p>利用希望者に対する情報提供は、法人のパンフレット(法人が運営する7事業の紹介)、当施設のパンフレット(A4版カラー刷り6面)に施設の理念、主な事業、日課、施設内の見取り図が写真入りで示されている。ホームページにも法人・施設の事業内容を確認することができる。しかし、利用定員を増やす計画を進めていることもあり、理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、公共施設等多数の人が手にすることができる場所に置いて、地域で生活する重症心身障がい児・者家族等への情報提供とともに、社会的な認識や啓蒙の機会としての取組にも期待したい。</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。	b
<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説明を行っているが、十分ではない。</p> <p>現在の入所者のほとんどは、施設開設の際に他の施設や病院から移って来た方で、在宅から入所した利用者は数名である。サービスの開始にあたり、重要事項説明書、利用契約書は整備され、実際に活用されている。今後、利用定員を増やす計画を進めていることもあり、「利用者・家族(家族の高齢化等に伴う成年後見制度・日常生活実支援事業の説明)にわかりやすい工夫」について、どの程度までの取組が必要であるのか、障害福祉サービス等報酬改定に伴う利用料金変更の手続き等の機会を利用し、家族から意見等を確認するとともに、職員間で十分話し合い共有して取組むことが望まれる。</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。	C
<p>評価者コメント</p> <p>サービスの内容や施設の変更、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ない。 施設開設当時から、利用者が地域に移行した例は皆無であること、病状や容態が悪化し、他の病院へ転院した例は確認された。その都度、必要となる情報や求められた資料は提供しているとする。しかし、療育園を利用する利用者は、入所施設利用者だけではなく、通所事業、短期入所事業を利用している利用者への対応も含めてサービスの継続性への配慮が求められることから、職員間で十分話し合い共通理解を持って取組んでいただきたい。</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。 利用者のアセスメントは、入所時の基本台帳で、本人・家族の住所、障がいの程度、生育・生活・施設歴、家庭訪問記録票、病名、既往歴、ADLの状況等の情報が収集されている。しかし、入所時の情報は収集されているものの、その後のアセスメントに必要な項目や実施時期は示されていないため、アセスメントの定期的見直しの時期と手順書の作成が求められる。</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。 利用者の課題やニーズは、個別支援計画書(1)、個別支援計画書(2)(看護課、リハビリテーション課、歯科、給食、生活支援)に示されている。しかし、利用者のアセスメントから、利用者一人ひとりのニーズや課題を明示するための手続きが確認できないため、前項①と併せて手順書等の整備が必要である。</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。 利用者の課題やニーズに沿ったサービスの実施計画は、個別支援計画書(1)、個別支援計画書(2)(看護課、リハビリテーション課、歯科、給食、生活支援)に示されている。個別支援計画書(2)は、部門を横断した各課の担当者が策定する仕組みになっているが、関係職員による合議のもとで策定されていない。また、部門を横断した関係職員による合議や家族の参加など利用者の意向把握と同意を含んだ手順書の作成も望まれる。</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。 利用者の課題やニーズに沿ったサービスの実施計画は、個別支援計画書(1)、個別支援計画書(2)(看護課、リハビリテーション課、歯科、給食、生活支援)に示されている。個別支援計画書の見直しは、定期的実施しているが、各課からの個別支援計画書(2)の提出のみで、見直しに関する手順書は定めていない。そのため、前項①と併せて利用者のアセスメントから、個別支援計画の策定、評価、モニタリング・見直し(時期・参集者も含め)を行う手順書等を整備することが急務である。</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。</p> <p>みちのく療育園は心身に重度の障がいをもつ利用者が生活しており、意思伝達に制限を抱えている方が大半を占めている。利用者を支援・介助する職員は日常的な関わり合いを通じて、利用者固有のコミュニケーション手段やサインを探り出し、快適な生活が過ごせるように日々努力している。しかしその手段や関わり方法は支援計画や一覧表として明示されておらず、ベテラン職員の教育によって伝達が行なわれているのが現状である。これまで利用者とのコミュニケーションに支障が生じたことのある事であるが、今後、利用者の更なるコミュニケーション手段の工夫に向けて、サービス実施計画や支援計画等に、具体的な支援内容と方法の明示が求められる。</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。</p> <p>利用者の主体的活動を支援するための職員体制は整っている。利用者の主体的活動の確保に向けて、施設内外に交流の場を設けるなどしている。また、保護者との面談で出される意見・要望を検討した上で、利用者に必要な支援は行われている。さらに、「保護者会」との交流(お花見・忘年会)を通して、利用者の思いに触れる機会となり、主体的活動の実践へ結びつくこともあるとしているが、利用者一人一人の主体的活動(利用者満足の向上を目指す姿勢を含め)として、どのようなことがあるのか、どのようなことが可能なか等を一覧表等として整理し、職員間で共通の理解をもって取組むことが大切である。</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。</p> <p>利用者が自力で行える日常生活の行為は限られたものであるとしているが、見守りと支援の体制として、総務・診療部・看護部・療育部の会議が定期的に行われ、必要時は支援方針を迅速に確認する等の連携をもって取組んでいる。また、利用者の家族と交わされる契約時や面談の際、利用者の支援体制について説明が行われている。しかし、前項②と同様に利用者一人一人の自力で行える行為として、どのようなことがあるのか、個別支援計画に盛り込むことが可能なか等を一覧表等として整理するとともに、次項③のエンパワメントの理念とも関連づけて取組むことが望まれる。なお、各部門ごとに作成する個別支援計画の内容についても、「利用者が自力で行える行為」について共有し職員間で共通の理解をもって取組むことが期待される。</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。	c
<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ない。</p> <p>重度の障がいを持つ利用者にとって、社会生活力を高めるための、学習や訓練の実施には制限があるのが実態である。その中でも、日々の生活の関わりを通して、自己表現の技能や話し方の援助は行われている。利用者全員で行う調理体験としては、アイスクリーム・ホットケーキなどの食材を混ぜて(仕上げは厨房で行う)おやつとして食しているが、調理に関する記録は残されていない。利用者のエンパワメントの理念を尊重した取組は、法人の理念である「輝く命」や施設の基本方針である「ノーマライゼーション理念」と連動する取組となること、平成23年12月に発行されたみちのく療育園10周年記念誌の療育部基本方針の中で、「利用者のライフステージとともに、本人のニーズを確認しあい、オーダーメイドの支援を目指します」とも関連することから、利用者のエンパワメントの理念に基づく取組が職員の共通理解のもとで実践されることが求められる。</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。</p> <p>利用者の個別支援計画において、栄養量、食事形態、水分補給、介助の方法は明示されている。利用者の体調や身体状況について、医師から指示があった場合は、個別の食事を工夫し提供している。利用者に食欲の減退傾向が続いたときは医師に報告するなど、連携をもった食事サービスが行われている。</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している。</p> <p>一週間に亘り、食事の摂取状況(朝昼晩)を観察した記録から、個別の嗜好を把握し、美味しく食べられるよう工夫がなされている。残滓が少ない理由として個別の好みに細やかに対応していることが挙げられる。例えばヨーグルトは5種類の味を用意し個々の好みに合った物を提供している(便秘対策から完食が望まれる)。利用者には、当日の献立を写真や絵で知らせ、食事への期待を持たせるようにしている。外出や外食の機会が少ない利用者に、季節感ある食事提供の工夫がなされている。11月～3月の期間「海鮮丼」など刺身が提供される(魚の仕入先は吟味している)。刻みやミキサー食で献立が判別できない場合は、「これは〇〇だよ」と声をかけながら食事の介助がなされている。利用者一人ひとりへ愛情をこめた食事提供姿勢は高く評価できる。</p>	
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a
<p>評価者コメント</p> <p>喫食環境に配慮している。</p> <p>食事場所の設備や物品について、定期的に食事チーム会議を開き、必要に応じて改善が図られている。食事は一斉に摂らず、個々の状況に合わせて、幅のある時間帯で行っている。</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>利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している。</p> <p>身体に重度の障がいを抱えている利用者の入浴は、最も安全性が要求される支援となる。浴室内の洗体、移動、着脱、処置業務は、計8人の職員であたっている。機械浴介助における人的配置や動きは図で示すなど、安全に配慮したマニュアルが用意されている。利用者は入浴を楽しみにしており、入浴の際には心身が解放されてか、穏やかな表情や笑みが見られるとのことである。</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。</p> <p>入浴は週3回行われている。健康状態で入浴出来なかったり、失禁で汚れた場合は全身清拭、足浴が行われている。</p>	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
<p>評価者コメント</p> <p>環境は適切である。</p> <p>浴室・入浴器具等の設備については、入浴チーム会議で検討され改善へと結びつけている。脱衣場に冷暖房設備は設置されている。多人数で介助にあたるが、利用者のプライバシー保護に向け、バスタオルで覆ったり、カーテンなどで工夫している。浴室の洗い場は広く、清潔にしている。入浴後は浴室掃除・脱衣室掃除・シャンプーやタオルの補充・ゴミ捨てなど13項目のチェックをして環境が保持されている。</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>介助は適切に行われている。</p> <p>利用者の障がい十分に配慮した排泄介助が行われている。身体機能によって使用できるトイレ(ポータブル・便座・尿器など)個別のチェックリストに注意点や留意点が明示されている。紙パンツや紙オムツの素材によっては、皮膚かぶれをおこす原因となるため吟味して選んでいる。利用者の体格や体型にフィットする物を個別に用意し、快適に過ごせるよう支援がなされている。排泄の結果は個別チェック表に記録している。排泄に異常が見られる場合は医師に報告し診察が行われる。</p>	
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a
<p>評価者コメント</p> <p>清潔で快適である</p> <p>排泄チーム会議において、利用者の身体状況に応じたトイレ設備や環境の点検、改善の為の検討を定期的に行っている。トイレ清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応し、トイレの防臭対策、快適環境が確保されている。また、尿器・便器の洗浄方法もマニュアルに沿って行われている。トイレの照明は適切で冷暖房設備も整っている。</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。	b
<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が十分ではない。 衣類は保護者が準備(衣類の劣化や消耗状態は事前に施設から連絡)している。衣類の選択についてはその都度相談に応じているが、意思疎通が十分とはいえないため、利用者の個性や好みに対して十分に配慮されているとはいいがたい。衣類購入にあたり、保護者へ情報提供できる利用者の個性(心身の状況)や日々の生活の中で得た衣類の好み(色・デザイン・形状・サイズ等)を一覧表等にまとめ、職員間で共有し情報提供ができる体制が望まれる。</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切に行われているが、十分ではない。 身体の機能に配慮した着脱の支援が行われている。利用者が着換えの意思を示した場合の支援は適宜行われているが、衣類の汚れや破損に対処方法に関する手順書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。	b
<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が十分ではない。 整髪、歯磨きは日課に取り入れられている。爪切り、髭剃りは個々の状況に応じた支援が行われている。理髪や美容に関する情報を提供した上で、本人や保護者の希望に沿った髪の長さやスタイルにしているが、意思疎通が十分とはいえないため、利用者の個性や好みに対して十分に配慮されているとはいいがたい。</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。 地域の理美容業者の協力のもと、施設内で理髪・美容が行われている。理髪店の出張日に合わせて、理髪を利用するメンバーの配置を工夫している。</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。 夜間就寝時における見回りと支援は、十分な配慮がなされている。夜間の体位交換は一人一人の症状に合わせて行われており、オムツも個別に対応したサイズを用意し、安眠できるよう配慮がなされている。利用者に合わせた寝具(パジャマのデザイン・タオル生地・綿使用)を工夫している。不眠者に対しては医師の指示による対応が行われている。夜間に行われた個別支援の内容は日誌に記録されている。</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。 みちのく療育園は福祉施設であるとともに、入院病床を持つ医療型入所施設でもあることから、医師・看護師・支援員連携のもと、日常の健康管理は適切に行われている。</p>	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
<p>評価者コメント</p> <p>必要時に、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。 当園は24時間、医師が常勤しており、適切な医療を施す体制が整っている。夜間の急変対応マニュアルも用意されている。</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。	a
<p>評価者コメント</p> <p>確実に行われている。</p> <p>利用者の内服薬・外用薬の管理体制は整備している。医薬品の安全使用のための業務手順書及び与薬マニュアルが用意されている。担当職員は、薬の目的・効果・副作用・注意事項について、適切な情報を得ている。朝・昼・晩の与薬は職員二人体制で行っている。薬物の取り違えや重複服用防止対策として、利用者の顔写真と名前を張り付けた個別ボックスに薬を保管している。ボックスは朝・昼・晩を色分けしている。薬の使用状況は所定の様式に従って記録されている。</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。</p> <p>利用者や保護者の要望(行き先)を検討してミニバスハイクが実施されている。保護者同伴のミニバスハイク(レクリエーション)は4人～7人のグループで行われている。余暇・レクリエーションは利用者の体調を整えながら実施しているが、本人の心身等の状況等により利用者の意向や希望に対して十分に配慮されているとはいえない。本人の心身等の状況等に応じたニーズに応えるためには、職員にプラスした支える体制づくり(ボランティア・保護者・協力者等の組織化)が期待される。</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。</p> <p>外出のマニュアルは用意している。保護者の意向に沿って外出を実施しているが、本人の心身等の状況等により利用者の意向や希望に対して十分に配慮されているとはいえない。本人の心身等の状況等に応じたニーズに応えるためには、前項(8)-①と同様に職員にプラスした支える体制づくり(ボランティア・保護者・協力者等の組織化)が期待される。</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。</p> <p>外泊は利用者・家族の希望に応じて実施しているが、利用者の心身の状況や、家族の事情などで短期間での実施が中心となっている。また、外泊が実現できない利用者に対しては、その思いに配慮した接遇に努めている。</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。	非該当
<p>評価者コメント</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。	c
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の意志や希望に十分応じていない。</p> <p>日々の活動や余暇時間の中でテレビやDVD等の鑑賞を実施するとともに、家族等の希望により自分の居室にテレビを設置し利用している利用者も確認される。利用者一人一人の主体性の尊重、利用者満足の上を目指す取組、余暇の過ごし方の手段とともに、興味の題材として捉え、新聞・雑誌・テレビ・ラジオ等に対してどのような反応を示すのか、新聞・雑誌・テレビ・ラジオ等以外にどのようなことに興味を示すのか等を一覧表等として整理するとともに、職員間で共通の理解をもって取組むことが期待される。</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。	非該当
<p>評価者コメント</p>	